Z kliniki chirurgicznej prof. Dra Mikulicza w Krakowie.

PRZYCZYNKI
DO CHIRURGII

PODALI

Prof. Dr. Mikulicz

i

Dr. H. Schramm

asystent kliniki chirurgicznéj.

Część I. 1883 r.

KRAKÓW,

W DRUKARNI UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO

pod zarządem Ignacego Stelcla.

1883.

Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra Mikulicza w Krakowie.

PRZYCZYNKI
DO CHIRURGII

PODALI

Prof. Dr. Mikulicz

i

Dr. H. Schramm
asystent kliniki chirurgicznéj.

Część I. 1883 r.

KRAKÓW,
W DRUKARNI UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem Ignacego Stelcla
1883.

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego".

Spis rzeczy.

I.

Uwagi wstępne.

Napisał prof. Dr. **Mikulicz.**

Pod tym napisem zamierzam zdawać w Przeglądzie Lekarskim od czasu do czasu sprawę tak z poszczególnych, jako téż z większych szeregów przypadków w klinice leczonych. Aby uniknąć późniejszych powtarzań, poprzedzam sprawozdania kilku ogólnemi uwagami, dotyczącemi obecnego urządzenia naszéj kliniki, jako téż sposobu, który w leczeniu ran stosuję.

Kto raz tylko widział klinikę naszą, musiał nabrać przekonania, że nietylko jako zakład naukowy ale i jako zakład dla chorych nie odpowiada ona nawet najskromniejszym wymaganiom; to téż dłuższe zabawienie przy przedmiocie, który tylko do ganienia wyzywa, nie może sprawiać przyjemności. Z téj saméj zapewne przyczyny czcigodny mój kolega docent Dr. A. Obaliński [1]) nie umieścił na czele swego sprawozdania z kliniki chirurgicznéj z roku zeszłego opisu szczegółowego stosunków istniejących w tutejszéj klinice chirurgicznéj.

Dla czytelnika, któremu te stosunki są zupełnie obce, kilka słów wystarczy. Klinika chirurgiczna krakowska jest umieszczoną na dole w starym budynku, stojącym na gruncie wilgotnym i posiada 19 łóżek. Ponieważ dyrektor kli-

[1]) Zdanie sprawy z ruchu chorych i chorób w klinice chirurgicznéj Uniwersytetu Jagiell. za rok 1881/2 (*Medycyna*, 1882, Nr. 44—50).

niki nie rozporządza tu, tak jak gdzieindziéj, oddziałem rezerwowym, liczba chorych, których przyjąć można, jest bardzo ograniczoną a przypadków przewlekłych wcale prawie przyjmować nie można. W obec tego nie mogę téż uczniom przedstawić całego szeregu najważniejszych chorób chirurgicznych. Urządzenie naszéj kliniki jest stare, po większéj części jeszcze takie, jak je ustanowiono w roku 1846. Brak tu prawie wszystkiego, czego domagać się trzeba od każdego szpitalu nowoczesnego, a zwłaszcza od każdéj kliniki chirurgicznéj. Przyczyna tego leży po części w zbyt szczupłém uposażeniu kliniki, po części jednak także w tém, że posługa tutejsza nie posiada najmniejszego wykształcenia; w klinice chirurgicznéj pełnią obowiązki dwie posługaczki i jeden posługacz, którzy nie umieją ani czytać ani pisać i którym nie można poruczyć wykonania choćby najmniejszego rękoczynu śród pielęgnowania chorych. Gdy objąłem klinikę chirurgiczną, nie zastałem oprócz narzędzi zakupionych przez docenta Obalińskiego prawie nic takiego, z czegoby jeszcze korzystać można. Przez przerobienie okien i wybudowanie małego amfiteatru w małéj, ciemnéj i niedostatecznie przewietrzanéj sali operacyjnéj starałem się choć w części zadość uczynić warunkom, jakie posiadać powinna każda sala wykładowa chirurgiczna.

Jeżelim się pomimo tych braków nie uląkł wykonania większych operacyj w téj klinice, uczyniłem to pokładając zaufanie w leczeniu ran przeciwgnilném, które nawet wśród najniekorzystniejszych warunków zewnętrznych zapewnia nań bieg pomyślny. Wprawdzie zarówno chirurg kierujący, jak i jego asystenci muszą mieć podwójnie baczne oko na wykonanie wszystkich zasad leczenia ran, ale za to tém większém jest zadowolenie z pomyślnego wyniku. Świetny przykład w tym kierunku dał nam Volkmann, który pierwsze swoje znakomite wyniki osiągnął w niedostatecznie urządzonéj staréj klinice w Hali. Czy się i mnie uda braki kliniki chirurgicznéj uczynić nieszkodliwemi dla moich chorych, o tém pouczyć może tylko doświadczenie po upływie

dłuższego czasu. Dotychczasowe wyniki w klinice dodają mi w téj mierze otuchy.

Przechodzę teraz do omówienia szczegółów leczenia ran. Przedewszystkiém wspomnę, że do uśpienia chorych wedle przepisu Billrotha używam mięszaniny chloroformu, eteru i absolutnego wyskoku (w stosunku 4:1:1). Wielu woli czysty chloroform. Mojém zdaniem jest to dla chirurga wprawnego rzeczą obojętną, czy znieczula czystym chloroformem lub mięszaniną Billrotha. Dla stosunków klinicznych jednak, gdzie mniéj wprawni narkotyzują (u nas uczniowie wyłącznie), uważam tę mięszaninę za bezpieczniejszą; wprawdzie znieczulenie chorego nieco się opóźnia, ale za to nie tak łatwo powstaje zamartwica. Z tych samych przyczyn mięszanina ta jest odpowiednią i dla lekarza praktycznego.

Do podwiązywania naczyń używam w zasadzie katgutu Listerowskiego. Uważam go za odpowiedniejszy do tego, niż jedwab oczyszczony. Wśród zupełnie prawidłowego gojenia się ran jedwab nie przeszkadza wprawdzie zagojeniu *per primam*, jeżeli jednak z jakiejkolwiek przyczyny przyjdzie do ropienia, to podwiązki jedwabne podtrzymują w głębi rany ropienie często przez kilka tygodni, które ustaje dopiero po odejściu podwiązek. Wyjątek robię tylko tam, gdzie podwiązki mają wytrzymać znaczniejsze napięcie i gdzie krwotokowi następowemu nie można zapobiedz przez opatrunek uciskowy, mianowicie przy wszystkich podwiązkach *en masse*, a zwłaszcza wśród laparotomii, wycięcia macicy przez pochwę i podobnych operacyj. W tych razach używam tylko mocnego jedwabiu, który według Czernego należy co najmniéj przez godzinę gotować w 10% kwasie karbolowym, a następnie przechować w 5% rozczynie tegoż.

Tego samego materyjału używałem początkowo prawie wyłącznie i do szwów. W ostatnim czasie zespajając brzegi ran postępuję w sposób następujący. Jeżeli napięcie jest znaczniejsze, lub jeżeli większe powierzchnie rany mają do siebie przylegać, zakładam naprzód kilka szwów płytkowych. Przy plastycznych operacyjach na twarzy odpowiada temu samemu celowi szew szpilkowy. Potém zakładam kilka

szwów jedwabnych głębszych a wreszcie zupełnie powierzchowny szew kuśnierski z katgutu. Ten ostatni ma na celu utrzymanie dokładnego przylegania wzajemnego brzegów rany, szwy zaś jedwabne i płytkowe pozostają dla bezpieczeństwa na przypadek, gdyby szew katgutowy za prędko się zwolnił. Do szycia w jamie ustnéj, odbytnicy i pochwie używam katgutu chromowego, który się sporządza w następujący sposób: katgut Listerowski wkłada się na 2 do 3 dni do 10% rozczynu karbolu w glicerynie, następnie na 10 godzin do ½% wodnego rozczynu kwasu chromowego. W ten sposób otrzymujemy materyjał bardzo mocny, który dopiero po 2—4 tygodniach ulega wessaniu. Szyjąc katgutem chromowym można uniknąć niewygodnego i często dla młodéj blizny szkodliwego wyjmowania szwów w wyż wymienionych jamach, gdyż szew z katgutu chromowego można bez obawy samemu sobie pozostawić.

Z jak największą skrupulatnością baczę na dezinfekcyję pierwotną. Pole operacyjne, ręce operatora i narzędzia oczyszczają się 5% rozczynem kwasu karbolowego. Jeżeli zaś pole operacyjne już przedtém było zakażone, n. p. przy nowotworach posokujących, a zwłoka nie jest niebezpieczną, stosujemy przed operacyją leczenie dezinfekcyjne za pomocą jodoformu lub innych środków przeciwgnilnych. Mgłą nie posługuję się a to z przyczyn, które podałem w artykule *„Zur Sprayfrage“* [1]). Zapatrywania swego na tę kwestyją od tego czasu nie zmieniłem; jako profesor kliniczny mam jeszcze o jeden powód więcéj do obywania się bez mgły karbolowéj. Obecnie chirurdzy po największéj części przechylają się do zdania, że mgła jest albo zupełnie zbyteczną lub przynajmniéj bardzo podrzędną częścią antyseptyki. Nawet Volkmann, który w kwestyi przeciwgnilnego leczenia ran z pewnością nie jest zanadto wolnomyślnym, podziela to zapatrywanie. Wnoszę o tém zarówno z listownego zawiadomienia jego, jako téż ze sprawozdania Obersta o amputacyjach wykonanych w klinice Volkmanna [2]).

---

[1]) Langenbecks Archiv XXV, 4.

[2]) Die Amputationen unter dem Einflusse der antiseptischen Wundbehandlung von Dr. M. Oberst. Halle 1882.

A jest to bez wątpienia korzystném zarówno dla nauczania jak i dla rozszerzenia antyseptyki pomiędzy lekarzami praktycznymi, aby wszelkie zbyteczne dodatki porzucić a natomiast z tém większą konsekwencyją wpoić uczniom istotną część metody. Im prostszą jest technika leczenia ran, tém łatwiéj nauczy się lekarz ją wykonywać, a co najważniejsza, zrozumieć.

W miejsce mgły używam podczas operacyi, irygacyi rany. Czyste rany polewa się mniéj więcéj co 10 minut 3% rozczynem kwasu karbolowego. Przy operacyjach w okolicy odbytnicy, pochwy albo pęcherza, zwłaszcza, jeżeli się ma do czynienia z nowotworem posokującym, iryguje się ile możności bez przerwy Tylko przy laparotomiach na pół godziny przed operacyją, ale nie podczas téjże, używa się mgły i to tylko jako środka mechanicznie oczyszczającego powietrze. Rany już zakażone oczyszczamy albo 5% kwasem karbolowym, jodoformem albo octanem glinowym [1]). Ten ostatni jest znakomitym środkiem odkażającym, którego w pewnych przypadkach nie można zastąpić ani kwasem karbolowym ani nawet jodoformem.

Szczególnéj troski wymagają gąbki. Według postępowania Kellera przygotowuje się je w następujący sposób. Zwyczajne w handlu znajdujące się gąbki oczyszcza się z piasku przez trzepanie i wkłada następnie na 12 godzin do rozczynu nadmanganczianu potasowego (1 : 500). Po wymyciu w czystéj wodzie wkłada się je potém do 1% rozczynu podsiarczynu sodowego (*Natrium subsulfurosum*), do którego dolewa się 8% czystego zgęszczonego kwasu solnego. Po kilku minutach gąbki przedtém czarnawo-brunatne bieleją zupełnie. Następnie wymywa się je jeszcze raz w czystéj wodzie i przechowuje w 5% rozczynie kwasu karbolowego. Do użytku bierze się gąbkę prosto z 5% rozczynu i wyciska ją należycie. Po użyciu wymywa się ją w 5% kwasie karbolowym i znów przechowuje w takim samym

---

[1]) *Rp. Alumen. crud. 40·0, Plumb. acet. 70·0, Aqu. font. 600·0, Filtra!*

rozczynie. Przy takiém postępowaniu gąbki nie są wprawdzie piękne, wyglądają brudno czerwone, ale są z pewnością całkiem aseptyczne. Frisch we Wiedniu podał skomplikowany sposób, aby gąbki już używane należycie oczyścić i oczyszczone przechować. Co do mnie uważam postępowanie to, które wymaga bardzo dokładnego nadzoru, za zbyteczne, zwłaszcza w obec ograniczonego zastosowania, jakie mają gąbki w klinice tutejszéj. Używam bowiem gąbek tylko przy ranach świeżych i czystych; te raz oczyszczone gąbki z pewnością nie wywołują zakażenia. Powtórne skomplikowane odkażenie się jest więc zbytecznėm. Jeżeli przypadkowo gąbka przez pomyłkę zetknęla się z raną zakażoną, niszczy się ją natychmiast, najprostszy i najpewniejszy środek, aby powstrzymać zakażenie innych ran. W obec ran nieczystych używam tylko kawałków waty zamaczanych w 3% rozczynie karbolowym i należycie wyciśniętych.

Do drenowania używam wyłącznie drenów kauczukowych, które przez dłuższy czas leżały w 5% rozczynie kwasu karbolowego. Dotychczas nie mogłem się zdecydować, aby w klinice stosować dreny Neuberowskie, mające uledz wessaniu, i opatrunki trwale. W klinice bowiem już dla nauczania od czasu do czasu trzeba zmienić opatrunek, czasem nawet częściéj, aniżeli potrzeba; a powtóre sądzę, że opatrunek trwale leżący w ręku doświadczonego może wprawdzie dać świetne wyniki, w rękach jednak niewprawnego może się czasem stać niebezpiecznym. Pod opatrunkiem może się bowiem pojawić jakieś niebezpieczne zaburzenie w gojeniu się rany; po wczesnéj zmianie opatrunku można je na czas spostrzedz i usunąć, podczas gdy pod opatrunkiem stale leżącym może się ono spotęgować do stopnia życiu zagrażającego.

Co się tyczy opatrywania ran, stosuję jodoform jak najrozleglėj, a to przeważnie w ten sposób, jaki już w tém czasopiśmie [1]) podałem, a dla opisu którego czytelnika odsyłam. Ponieważ jednak od czasu pojawienia się téj rozprawki z wielu stron wytoczono zawziętą walkę przeciw jodoformowi

[1]) O użyciu jodoformu w leczeniu ran. Przegl. Lek. 1881.

i starano się go zupełnie pozbawić kredytu, uważam za stosowne przy téj sposobności przedstawić swoje zapatrywanie na tak zwaną „kwestyję jodoformową“. Zalet jodoformu nikt zaprzeczyć nie usiłował. Że je z początku może nieco przeceniano, przyznaję, zawsze jednak tyle dobrego ma jodoform, że aż zanadto mamy powodów, aby się go i nadal trzymano. Pomiędzy wadami jego zasługuje tylko na uwagę niebezpieczeństwo zatrucia jodoformowego; przy niezbyt przesadném zastósowaniu tego środka jest ono jednak tak małém, w każdym razie daleko mniejsze niż niebezpieczeństwo zatrucia karbolowego, że mu wartości wcale nie ujmuje. Znaczną liczbę przypadków zatrucia jodoformowego ogłoszonych przed rokiem należy położyć na karb przesadnego a często i bezmyślnego zastósowania tego środka przez wielu chirurgów. Odkąd znamy dokładnie to niebezpieczeństwo, możemy téż chorych z największą pewnością zabezpieczyć od niego. Inna jest kwestyja, czy opatrunek jodoformowy we wszystkich przypadkach jest najlepszym, i czy się nieda zastąpić przez żaden inny. Mojém zdaniem do dziś dnia żaden jeszcze środek nie przewyższył jodoformu w przypadkach ran w jamie ust i połyku, w pochwie i odbytnicy, ran posokujących i wrzodów, niektórych zranień mianowicie złamań powikłanych i w procesach gębczastych. Przy innych ranach można osiągnąć te same wyniki i za pomocą wielu innych opatrunków, nie tylko za pomocą opatrunku pierwotnego L i s t e r a, ale i za pomocą opatrunku torfowego N e u b e r a, i za pomocą opatrunków sublimatem lub octanem glinowym napojonych. Ponieważ jednak starać się powinniśmy o uproszczenie ile możności leczenia ran, a bez jodoformu w pewnym rodzaju ran żadną miarą obejść się nie możemy, przeto najlepiéj stósować opatrunek jodoformowy i tam, gdzieby go można zastąpić innym. Dla tego też używam wyłącznie tylko opatrunków jodoformowych.

Rozumie się samo przez się, że na rany świéże, zdatne do bezpośredniego zagojenia, nie kładzie się bezpośrednio jodoformu. Ranę należycie wydrenowaną i zespojoną pokrywa się 4—8 warstwami gazy jodoformowéj, którą jeszcze dla

pewności bezpośrednio przed użyciem macza się w 3% rozczynie karbolu i wyciska należycie; tę samą ostrożność zachowuje się zresztą i śród zakładania typowego opatrunku Listera z gazą karbolową, leżącą bezpośrednio na ranie. Na gazę jodoformową kładzie się odpowiednią ilość jakiegokolwiekbądź materyjału opatrunkowego, w którym to celu używam zwyczajnéj waty tłuszczu pozbawionéj. Na to kładzie się materyjał nieprzemakalny, w mojéj klinice używa się t. zw. batystu Billrotha, i opaskę przytrzymującą cały opatrunek i zarazem uciskającą. Opatrunek najlepiéj, jeżeli można, tylko raz zmieniać, a to między 4 a 6tym dniem, kiedy się wyjmuje dreny i największą część szwów.

Co do sposobu zastósowania jodoformu w innych rodzajach ran, trzymam się zasad podanych w wyż podanéj rozprawie. O ile zaś od nich odstąpiłem, albo stósowanie jodoformu rozszerzyłem, wspomnę obszerniéj przy opisie poszczególnych przypadków.

II.

Mięśniowłókniak śródścienny macicy wielkości dwóch głów dziecięcych i podsurowiczy wielkości pomarańczy. Wycięcie przez pochwę, wyzdrowienie.

Z szeregu większych zabiegów operacyjnych wykonywanych na częściach rodnych kobiecych dziś przeważnie dwa zajmują ginekologów i chirurgów: operacyje z powodu włókniaków macicy i wycięcie całéj macicy rakowo zwyrodniałéj. Z saméj przyrody cierpienia wynika, że ta ostatnia operacyja stósunkowo wolno się rozpowszechnia, i że nawet dziś nie brak jeszcze głosów odmawiających jéj całkiem przyszłości; cel bowiem, który tu osiągnąć możemy, jest względnie ograniczony. Choćbyśmy technikę wycięcia macicy jak najbardziéj wydoskonalili, i niebezpieczeństwa operacyi jak najbardziéj zmniejszyli, to przecież natury raka i jego skłonności do ponawiania się nie zmienimy i zawsze będziemy musieli zadowalać się skromnemi wynikami.

Tém ważniejszém jest zadanie nasze, gdy operujemy z powodu włókniaków macicy, tém téż szybciéj postępuje tu wydoskonalenie techniki, tém téż lepsze otrzymujemy wyniki, i niezadługo będziemy mieli i na tém polu równie wydoskonalone operacyje, jak przy wycinaniu obrzęków jajnika.

Zwłaszcza technika wycięcia włókniaków macicy przez powłoki brzuszne (*laparomyomotomia)* doszła dzięki staraniom Koeberlego, Péana, Schrödera, Czernego, Olshausena, Billrotha i innych do wysokiego stopnia wydoskonalenia. Nawet dla najtrudniéj dostępnych włókniaków podsurowiczych szyi macicy podał Czerny nowy i pomyślnym skutkiem uwieńczony sposób operowania, t. j. wycięcie przez pochwę, czyli t. zw. *myomotomia vaginalis.* Wobec ogólnego zajęcia, jakie dziś budzi wycięcie włókniaków macicy przez powłoki brzuszne, zdaje się, że dawniejszy sposób wyłuszczania włókniaków traktujemy za nadto po macoszemu. Operacyja ta, wprowadzona do ginekologii przez Amusata i podniesiona do typicznéj operacyi przez prace Brauna, Hegara, Martina, Gusserowa i innych, nie uczyniła prawie żadnych postępów od czasu, odkąd wycięcie włókniaków przez powłoki brzuszne tak bardzo zajęło uwagę ginekologów i chirurgów. Zdaje się, że wyniki osiągnięte w najnowszych czasach przez tę ostatnią operacyję są pomyślniejsze niż wyniki po wyłuszczeniu przez pochwę i w przypadkach, w których można wybierać pomiędzy jednym a drugim sposobem operowania niezawodnie skłoniłby się dziś każdy operator do pierwszego. A przecież w wielu przypadkach wyłuszczenie przez pochwę jest jedynym racyjonalnym sposobem postępowania, pożądaném jest przeto, aby i ten sposób operowania, w jak najkrótszym czasie, jak najbardziéj wydoskonalono. Biorąc zwłaszcza w pomoc doświadczenia uzyskane przy wycinaniu macicy przez pochwę, możemy się spodziewać, że i wyniki wyłuszczania włókniaków macicy tą drogą staną się wkrótce znacznie lepszemi niż dotąd.

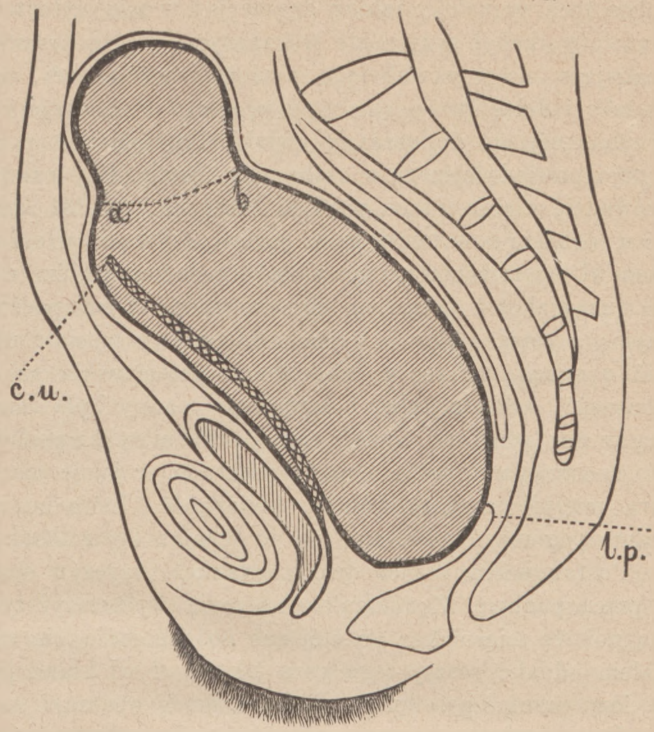
Następujący przypadek, który zawdzięczam życzliwości mego kolegi prof. Madurowicza, ma stanowić przyczynek

do techniki wyłuszczania włókniaków macicy przez pochwę i leczenia następowego.

Florentyna Hensler, l. 29 licząca z Biały, niezamężna; aż do r. 1881 czuła się zupełnie zdrową; miesiączkowanie rozpoczęło się w 14 roku życia i było zupełnie prawidłowe. Od półtora roku pojawiały się mniéj więcéj co 2 tygodnie krwotoki bardzo obfite, trwające od 7 do 10 dni. Przed rokiem przyłączyły się nadto bóle ponad spojeniem łonowém, wzmagające się stopniowo; oprócz tego doznawała chora czasem zatrzymania moczu, późniéj zaś bardzo silnego częstego parcia na mocz. Niedługo po wystąpieniu bólów poczuła chora guz w jamie brzusznéj, który powiększał się powoli ale ciągle. W marcu r. 1882 przybyła chora do kliniki ginekologicznéj, gdzie przyłączyło się jeszcze zaparcie stolca, przeciw któremu stósowano środki przeczyszczające. D. 15 lipca przesłano chorą do szpitala św. Łazarza a ztąd dnia 27 października do kliniki chirurgicznéj, gdzie zbadana przedstawiła stan następujący.

Osoba wzrostu średniego, o kośćcu słabo rozwiniętym; skóra blado-żółtawa, błony śluzowe badaniu dostępne blade, na spojówkach gałek ocznych mierna żółtaczka; podściółka tłuszczowa słabo rozwinięta. W narządzie krążenia i oddychania żadnych nie ma zboczeń. Badanie przez powłoki brzuszne wykazuje obrzęk wielkości dwóch głów dziecięcych, zbity, niechełbocący; guz ten wychodzi z ponad spojenia łonowego i dosięga pępka; z górnéj lewéj jego części wychodzi drugi wielkości pomarańczy. Badanie przez pochwę, któremu zawsze znaczny towarzyszy krwotok, wykazuje guz elastyczny, wielkości dwóch pięści, wypełniający prawie zupełnie pochwę, bardzo mało ruchomy i ściśle połączony z guzem przez powłoki brzuszne wymacalnym.

Ponieważ dokładne wybadanie stosunku tego guza do macicy było bardzo utrudnione z powodu ciasnéj szpary sromowéj, badaliśmy dnia 29 października chorą znieczuloną chloroformem *per rectum* według Simona, przyczém stwierdzono stan i położenie guzów, jak je przedstawia rysunek schematyczny, obok załączony.



Cała masa głowna obrzęku wychodzi z tylnéj ściany macicy, która w skutek tego w całości jest przedłużona, sięgając aż do pępka. Jama macicy również mocno wydłużona dochodzi blisko do wysokości pępka (c. u.), ściana jéj przednia rozcieńczona. Guz w pochwie leżący odpowiada wardze tylnéj części pochwowéj, w któréj właśnie część obrzęku się rozwinęła, a poza którą sklepienie tylne (l. p.) palcem lubo z trudnością wymacać można. Warga przednia części pochwowéj wymacać się nie daje; znikła ona w skutek przedłużenia całéj macicy i rozszerzenia jamy szyjki prawie zupełnie, tak że w przedniéj części ściana pochwy zdaje się wprost przechodzić na ścianę macicy.

Na zasadzie tego badania rozpoznaliśmy: *Fibromyoma intramurale uteri et cervicis, fibroma subserosum fundi uteri.*

W obec tych warunków zabieg operacyjny w celu wyłuszczenia nowotworu był oczywiście wskazanym; ciągłe krwotoki, wzmagająca się w skutek tego niedokrewność choréj, znaczne bóle i dolegliwości ze strony pęcherza moczowego i kiszki stolcowéj nie dopuszczały zwłoki. Trudniéj było o wybór najodpowiedniejszego sposobu operowania. Czy należało poprowadzić cięcie przez powłoki brzuszne, lub téż starać się o wydobycie nowotworu przez pochwę? Przeciw drugiemu sposobowi operowania przemawiała przedewszystkiém wielkość guza jakotéż połączenie jego z włókniakiem podsurowiczym; a ciasne bardzo wejście do pochwy musiało utrudniać operacyję. Przeciw laparotomii przemawiała zaś ta okoliczność, że cała tylna połowa szyi macicy była zamienioną w guz wielkości dwóch pięści, zepchnięty ku pochwie, nadto spostrzegano także objawy rozkładu w jamie macicy (chora miernie gorączkowała), okoliczność, która musiała znacznie pogorszyć rokowanie co do wyniku laparotomii.

Postanowiłem z tych dwóch ostatnich przyczyn operować przez pochwę. Zamierzałem na razie wyłuszczyć tylko dolną połowę mięśniaka; późniéj zaś po zagojeniu się rany chciałem oddalić resztę tego guza jakotéż i włókniak podsurowiczy przez laparotomiję. Podczas saméj operacyi udało się jednak wydobyć przez pochwę nietylko cały guz śródścienny, ale także i podsurowiczy.

Badanie przez kiszkę stolcową wywołało znaczne oddziaływanie zarówno miejscowe jak i ogólne; chora gorączkowała prawie przez dwa tygodnie; ciepłota dłużéj niż przez tydzień wahała się pomiędzy 38·3° a 40·0°. Czekałem przeto, aż te objawy zadrażnienia minęły i dnia 11 listopada 1882 przystąpiłem do operacyi.

Po przygotowaniach przeciwgnilnych, mianowicie wypłukaniu pochwy 5% karbolem, ogoleniu włosów na częściach sromnych itd., rozciąłem całe międzykrocze aż do błony śluzowéj odbytnicy, jakotéż większą część tylnéj ściany pochwy. Po włożeniu wziernika rynienkowatego i drewnianéj szpatułki udało się odsłonić dolny koniec guza. Odpowiednio do najbardziéj wystającéj części obrzęku okroiłem kolisto

w rozciągłości mniéj więcéj dłoni część błony śluzowéj, która wraz z obrzękiem miała być oddaloną, a nadto poprowadziłem dwa krótkie cięcia ku górze przez osłonę obrzęku. Teraz zacząłem zwykłym sposobem wyłuszczać obrzęk ze ściany macicy. Częścią ręką, częścią tępemi narzędziami lub z pomocą nożyczek posuwałem się między guz a jego torebkę, pociągając równocześnie obrzęk w kleszcze ujęty ku dołowi. Była to ciężka robota. Każdy, kto raz wyłuszczał większy włókniak z pochwy, wie dobrze, z jakiemi trzeba walczyć trudnościami: kleszcze wbite w obrzęk wyrywają się, lub odrywa się dolna część guza Im wyżéj się dochodzi, tém mozolniejszą jest praca. W naszym téż przypadku udało się mocno surowiczo obrzękły guz wydobyć tylko w kawałkach. W końcu musiałem całą ręką wejść do jamy i wyłuszczać obrzęk, jak przy odklejaniu łożyska. Do ukończenia téj sprawy potrzeba było prawie godziny czasu, tylko górna część mięśniaka pozostawała z opisanym wyżéj guzem podsurowiczym w tak ścisłym związku, że wyłuszczenie jéj tępemi narzędziami było niepodobne. Gdybym był teraz przerwał operacyję, musiałaby pozostać w jamie macicy część guza oddzielona już ze swych połączeń, a byłobyto najniebezpieczniejszém powikłaniem operacyi. Aby więc tego uniknąć, wynicowałem dno macicy, pociągając za podstawę obrzęku i tym sposobem udało mi się ściągnąć tę część aż przed szparę sromową. Teraz próbowałem oddzielić za pomocą nożyczek i noża zasadę mięśniaka śródściennego z jądrem guza podotrzewnowego, która, jak się to teraz pokazało, w jak najściślejszym z nim pozostawała związku. Jednak i to nie dało się wykonać. Postanowiłem więc wyciąć pozostałą część obrzęku razem z guzem całym podotrzewnowym i odpowiednią częścią ściany macicy i zeszyć natychmiast powstałą przez to ranę otrzewny. Cięcie poprowadzone przypadkowo aż do otrzewny przy poprzednich usiłowaniach wyłuszczenia obrzęku służyło mi jako punkt wyjścia. Zaczynając więc ztąd wyciąłem cały guz i natychmiast po oddaleniu go zespoiłem ranę w otrzewnie szwami z katgutu chromowego. Cały ten zabieg odbył się na wynicowanéj wiotkiéj ścianie macicy bez szczególnych trudności. Jelita wcale się

nie pokazały. Rana w otrzewnie zamknięta 12—15 szwami była blisko na 10 cm. długa. Teraz wypłukano raz jeszcze całą jamę rany i jamę macicy 3% rozczynem karbolu, część otrzewny zaszytą przysypano lekko proszkiem jodoformowym, dno macicy odprowadzono w prawidłowe położenie, a w pozostałą po wyjęciu nowotworu wielką jamę włożono 3 paski gazy jodoformowéj szerokie na 5 palców i 3 sączki grubości małego palca. Wreszcie zespojono tylną ścianę pochwy i międzykrocze katgutem chromowym i dwoma szwami płytkowemi.

Cała operacyja trwała blisko 2 godziny; krwotok w porównaniu do ważności zabiegu operacyjnego był nie zbyt znaczny, najbardziéj jeszcze krwawiły ostatnie cięcia przez ściany macicy, jednak natychmiast założony szew wystarczył do zatamowania krwotoku.

O przebiegu po operacyi nie mam wiele do powiedzenia. Chora mocno niedokrewna przyszła już na drugi dzień do siebie, zapad dość znaczny po operacyi a wywołany przez działanie chloroformu, karbolu i utratę krwi ustąpił wkrótce. Dalszy przebieg był zupełnie bezgnilny i bezgorączkowy. Ciepłota nie podniosła się nigdy po nad prawidłową, ósmego dnia wyjęto część gazy jodoformowéj z pochwy, resztę oddalono dnia dziesiątego. Macica ściągnęła się szybko i wyparła sączki, które odpowiednio skracano i kolejno oddalano, ostatni dnia 20 po operacyi. Po 3 tygodniach wstała chora po raz pierwszy, a w 30 dni po operacyi opuściła klinikę jako zupełnie wyleczona. Międzykrocze i ściana pochwy zagoiły się w zupełności *per primam*, macica ściągnęła się prawie do wielkości prawidłowéj, tak że tylko z trudem wyczuć ją było można przez powłoki brzuszne. Ujście macicy pozostało bardzo szerokie, prowadząc w lejkowato zwężającą się jamę macicy. Stan odżywienia operowanéj, osłabionéj dawniéj przez ciągłe krwotoki i kilkomiesięczne leżenie w łóżku, poprawił się bardzo znacznie.

Przypadek nasz odznacza się przedewszystkiém wielkością wyłuszczonego obrzęku. Tak Kaltenbach (*Hegar u. Kaltenbach*: *Die operative Gynaekologie* Stuttgart 1881)

jak i Schröder (*Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane.* Leipzig 1879), zwracają uwagę na to, że niebezpieczeństwo przy wyłuszczeniu mięśniaków macicy wzrasta z wielkością guza, że przeto operacyi téj należałoby zaniechać w obec obrzęków przechodzących wielkość główki dziecka. Niebezpieczeństwo wynika tak z powodu znacznych trudności podczas samej operacyi, jakotéż z powodu powstania wielkiéj jamy, w któréj trudno zapobiedz rozwinięciu się rozkładu gnilnego.

Na szczególną uwagę zasługuje ta okoliczność, że udało mi się bez nadzwyczajnych trudności oddalić oprócz mięśniaka śródściennego także guz podsurowiczy wielkości pomarańczy, przyczém oczywiście jama otrzewny została otwartą a odpowiedni kawałek ściany macicy wycięty wraz z guzem. Nie wiadomo mi, aby ktoś przedemną przy podobnéj operacyi z jamy macicy umyślnie otworzył jamę otrzewny i wydobył w ten sposób guz podotrzewnowy. Nie możemy już dzisiaj uważać za coś szczególnego, że otwarcie jamy brzusznéj śród powyższéj operacyi nie pociągnęło za sobą złych skutków, jeżeli tylko prawidła antyseptyki były ściśle zachowane a otwór w otrzewnie natychmiast zespojony.

Nie często zapewne nadarzy się sposobność wydobycia guza podotrzewnowego śród wyłuszczania mięśniaka macicy przez pochwę, lecz częściéj byłoby wskazane postępować tą drogą, jeżeliby chodziło o wydobycie podstawy lub korzenia włókniaków śródściennych. Nieraz bowiem jest to zadaniem bardzo trudném, gdyż zasada guza siedząca mocno w saméj ścianie macicy pociąga ją za sobą wywołując jéj wynicowanie. W takich właśnie przypadkach, jeżeli ściany macicy są wiotkie i dadzą się ściągnąć dość nisko do pochwy, radziłbym wyciąć część ściany macicy połączoną z guzem, a powstały przez to otwór w otrzewnie zespoić natychmiast.

Co do leczenia następowego, to zdaje mi się, że tak tu jak i po całkowitém wycięciu macicy jodoform najlepiéj może zapewnić bezgnilne gojenie się rany. Z dotychczasowych doświadczeń nad wyłuszczeniem mięśniaków macicy wynika, że względnie wielkie niebezpieczeństwo tych ope-

racyj bywa następstwem pozostających w jamistéj ranie szczątków tkanin, które ulegając łatwo obumarciu i gniciu stają się tym sposobem przyczyną ogólnego zakażenia. A właśnie śród takich stosunków jodoform jest doskonałym środkiem. Oczywiście na wielką powierzchnię rany nie można stósować za dużo jodoformu. Nacieranie proszkiem jodoformowym lub przysypanie nim jest nie tylko niebezpieczném, ale i zbytecznem, wystarcza zupełnie wprowadzić do jamy rany 2—4 szerokich pasków gazy jodoformowéj, a obok nich jeden lub więcéj grubych sączków. Ostatniéj ostrożności używam wszędzie, gdzie większe jamy wypełnione są gazą jodoformową. Gaza i sączki wypchane zostają powoli z jamy w skutek kurczenia się macicy, należy je więc odpowiednio skracać. Jeżeli nie ma szczególnych wskazań do wczesnéj zmiany pasków gazy jodoformowéj, należy ją pozostawić jak najdłużéj, nawet 8 do 10 dni.

Wreszcie pozwalam sobie przy téj sposobności zwrócić uwagę na korzyści katgutu chromowego. Nie tylko rana w ścianie macicy lecz i rana po przecięciu międzykrocza spojone zostały katgutem chromowym. Wszędzie nastąpiło bezpośrednie zagojenie się rany, a szwy wypadły same w 3 i 4 tygodniu.

III.

Przecięcie nerwu łokciowego i pośrodkowego w okolicy stawu łokciowego lewego; zeszycie nerwów w ośm miesięcy po zranieniu — znaczne polepszenie.

Napisał **Dr. H. Schramm**,
asystent kliniki chirurgicznéj.

Do pocztu operacyj, które dopiero w ostatnim lat dziesiątku zyskały sobie prawo obywatelstwa w chirurgii, zaliczyć należy także szew nerwowy. Wprawdzie Baudens w roku 1836 starał się po raz pierwszy zbliżyć do siebie sztucznie końce przeciętego nerwu, uczynił to jednak tylko zbliżając do siebie za pomocą szwu tkanki otaczające nie tykając samego nerwu. Obawa przed zbytniém zadrażnieniem nerwu przez pozostającą w nim nitkę i następnym tężcem wstrzymywała

długi czas chirurgów od stosowania bezpośredniego zespajania nerwów. Dopiero Nélaton odważył się w roku 1863 po raz pierwszy na ten zabieg i zespoił przecięty n. pośrodkowy szwem z drutu srebrnego natychmiast po uszkodzeniu. Pomyślny wynik w tym przypadku dodał odwagi i innym chirurgom a Richet, Laugier, Dupuytren, Letiévant i inni poszli w ślad Nélatona, tak że do roku 1876 znanych już było w literaturze 14 przypadków zespojenia nerwów (Tillmanns: *Ueber die Nervenverletzungen und Nervennaht. Arch. f. klin. Chir.* XXVII. 1). Jednak dopiero rozpowszechnienie się przeciwgnilnego ran leczenia przyczyniło się i do rozpowszechnienia nowéj operacyi. Pewność osiągnienia bezpośredniego zagojenia się rany, możebność uniknienia rozległych ropień w ranie, wreszcie zaprowadzenie materyjału niedrażniącego do szycia i niepotrzebującego następnego oddalenia, wszystko to przyczyniło się do częstszego stosowania szwu nerwowego, tak że od roku 1876 do 1881 wykonano operacyję tę 28 razy (Tillmanns l. c.). Jeżeli dodam jeszcze przypadek Bernharda i Freibla (*Berlin. klin. Wochenschrift* 1881, Nr. 46) i dwa przypadki Page'go (*Brit. med. Journal* 1881, 7 may), to liczba znanych mi z literatury przypadków zeszycia nerwów dojdzie do 45; liczba wcale niewielka zwłaszcza jeżeli zważymy ważność przedmiotu i znaczną liczbę niewyjaśnionych jeszcze kwestyj co do odradzania się nerwu przeciętego, czasu i sposobu powracania jego czynności. Przyznać więc musimy, że każdy nowy przypadek zasługuje na szczególną uwagę i dla tego podaję do wiadomości historyję chorego operowanego przez prof. Mikulicza, a był on następujący:

M. G., lat 27 liczący mężczyzna, najlepszém zawsze cieszący się zdrowiem, w kwietniu r. 1882 został raniony pałaszem w lewe przedramie nieco poniżéj stawu łokciowego. Cięcie sięgało aż do głębokiéj warstwy mięśni. Wezwany lekarz zespoił ranę powierzchownie. W 4 godziny potém powstał dość silny krwotok, który zatamowano przez założenie silnie uciskającego opatrunku. G. utrzymuje stanowczo, że tak zaraz po otrzymaniu rany, jak i po jéj zespojeniu

miał w ręce dobre czucie i mógł poruszać palcami, o ile na to pozwalała dość znaczna bolesność rany. Dopiero w dwa tygodnie późniéj, gdy rana mocno ropiejąca zaczęła się ściągać, spostrzegł G. kurczenie się palców ku dłoni i niedowład ręki, która podobnie jak przedramie mocno obrzmiała. Gdy przypady te coraz bardziéj się wzmagały, udał się G. w lipcu zeszłego roku do kąpiel w Mehadii. Tutaj ustąpiło zupełnie obrzmienie ręki i przedramienia, ręka stała się nawet znacznie szczuplejsza niż prawa, niedowład i kurczenie się palców wzmagało się coraz bardziéj. Przeciw temu ostatniemu przykremu objawowi walczył chory wykonywając usilnie ruchy bierne palcami a wreszcie nosząc ustawicznie szynę palczastą w rękawiczce. Od 3ch miesięcy stan chorego nie zmienił się w niczém. W dniu przyjęcia chorego do kliniki (14 października 1882) był on następujący:

Mężczyzna silnie zbudowany, dobrze odżywiony. Narządy wewnętrzne nie przedstawiają zmian żadnych. Trzy centym. poniżéj stawu łokciowego lewego znajduje się blizna, zaczynająca się od tylnego brzegu kości łokciowéj, okrążająca wewnętrzną powierzchnię przedramienia i sięgająca do połowy zgięcia łokciowego; blizna mocno zaciągnięta, z kością niezrośnięta. Ramie lewe i część przedramienia powyżéj blizny tak samo odżywione jak ramie prawe; poniżéj blizny przedramie mocno wychudłe, obwód w jego połowie o 4cm. mniejszy niż po stronie prawéj, co wywołane jest głównie przez zanik mięśni po stronie łokciowéj. Na stronie dłoniowéj tuż ponad stawem nadgarstkowym druga blizna poprzeczna 4cm. długa, powierzchowna. Ręka mocno zniekształcona, palce szponowato zgięte. Kciuk odwiedziony, skóra na ręce blada, zupełnie gładka, ciepłota ręki o 3·6°C. niższa niż ręki prawéj. Mięśnie ręki mocno zanikłe, szczególnie mm. międzykostne. Fałd między kciukiem a wskazicielem składa się z saméj prawie ścieńczałéj skóry. Ruchy w stawie łokciowym zupełnie prawidłowe, w stawie nadgarstkowym zgięcie grzbietowe możebne, ruch dowodzący i odwodzący mocno upośledzone, zgięcie dłoniowe niemożebne. Ruchy palcami prawie zupełnie zniesione, tylko po pod-

parciu ich na stronie grzbietowéj, np. palcem drugiéj ręki, możebne jest ich wyprostowanie lubo niezupełne. Dynamometr wykazuje w ręce prawéj siłę 75 kilogr., w lewéj chory wcale nie może utrzymać tego narzędzia. Na ostatnich członkach wszystkich palców G. nie czuje nawet bardzo silnego nakłócia igłą, podobnie na drugich członkach palca 4 i 5. Ukłócie na innych częściach palców dochodzi do świadomości chorego, na dłoni sprawia ono ból dotkliwszy niż takie samo ukłócie na dłoni prawéj. Badanie estezyjometrem nie daje żadnych pewnych wyników. Uczucie ciśnienia również znacznie upośledzone, na przedramieniu ocenia G. różnicę dopiero 140 gramów, na dłoni nie czuje ciśnienia 450 gr. Co do elektryczności to mięśnie przedramienia po stronie dłoniowéj nie oddziaływają nawet na działanie bardzo silnego prądu przerywanego, podobnie mięśnie ręki, mięśnie przedramienia po stronie grzbietowéj kurczą się dość żwawo.

W obec takiego stanu nie ulegało najmniejszéj wątpliwości, że mamy do czynienia z porażeniem nerwu łokciowego i pośrodkowego. Najwybitniejszym tego dowodem było porażenie mięśni zaopatrywanych przez te nerwy, podczas gdy obecność czucia w zakresie ich rozgałęzień pochodziła z wytworzenia się dróg obocznych czyli tak zwanéj przez Létievana *sensibilité supplée.* Jedna tylko okoliczność zasługuje na wzmiankę. Chory nasz utrzymywał stanowczo, że po otrzymaniu rany ruszał palcami i miał w nich dobre czucie, objawy porażenia miały wystąpić dopiero w 2 tygodnie później. Trudno przypuścić, aby chory nasz, człowiek inteligentny i wykształcony, mógł przeoczyć tak wybitne i dotkliwe zboczenie w czynności ręki, jakie musiało pociągnąć za sobą całkowite przecięcie nerwu łokciowego i pośrodkowego. Zostałby nam jeden sposób wytłumaczenia téj sprzeczności, a mianowicie, że niezupełnie przecięte nerwy pełniły swą czynność choć częściowo, dopiero następowe ropienie w ranie i ściąganie się téjże sprowadziło następowe zniszczenie nieprzeciętych jeszcze włókien nerwowych. Jakkolwiekbądź miały się rzeczy, to było pewne, że mieliśmy

przed sobą wybitny przypadek porażenia pochodzącego niewątpliwie od uszkodzenia nerwów w miejscu opisanéj blizny. Usunięcie ciężkich zboczeń wywołanych tém porażeniem i choćby częściowe przywrócenie prawie zupełnie zmniejszonéj funkcyi ręki było dla chorego rzeczą bardzo ważną, a jedyną do tego drogą było przywrócenie ciągłości uszkodzonych nerwów. Dodaje się, że choremu wyraźnie zwrócono uwagę, że według dotychczasowych doświadczeń nie można mu zaręczyć za pomyślny wynik co do czynności ręki. Mimo to zgodził się na operacyję a prof. Mikulicz przystąpił do niéj dnia 15 października 1882 r.

Po uśpieniu chorego i założeniu opaski Esmarcha poprowadził prof. M. śród wszelkich ostrożności przeciwgnilnych używanych obecnie w naszéj klinice (Mikulicz: Przyczynki do chirurgii. Przegl. Lek., 1883 r. Nr. 1) cięcie podłużne pod kłykciem wewnętrznym kości ramienia w celu odszukania nerwu łokciowego. Po wycięciu części chrząstkowato twardéj blizny odnaleziono najpierw górny koniec nerwu, który był zupełnie w bliznę wrośnięty i mocno zgrubiały. Następnie odnaleziono koniec obwodowy nieco cieńszy niż górny. Po uwolnieniu obu końców z blizny w rozległości $1\frac{1}{2}$cm. pokryto ranę tymczasowo gazą jodoformową, a przystąpiono do odszukania n. pośrodkowego. Było to znacznie trudniejsze niż poprzednia część operacyi, wszystkie tkanki zmienione były w jednę masę bliznowatą, tak że dopiero po wycięciu znacznéj części blizny udało się odnaleźć koniec obwodowy nerwu, bardzo zcieńczały i zupełnie w bliznę wrośnięty. Przy usiłowaniach uwolnienia końca nerwu z blizny przerwał się tenże, tak że dla odszukania końca górnego musiano przedłużyć cięcie w *sulcus bicipit. intern.*, gdzie nerw z łatwością znaleziono. Po wyciągnięciu go z pod przykrywającéj go warstwy mięśni pokazał się na jego końcu guz wielkości małego orzecha laskowego, chrząstkowato twardy. Guz ten (*neuroma fibrosum*) odcięto, włożono nerw w prawidłowe położenie, następnie odcięto bliznowato zwyrodniałą część końca obwodowego. Oba odcięte kawałki wynosiły razem 2—3cm. Zespojenie obu końców nerwu wyko-

nał profesor M. w ten sposób, że najpierw założył jeden szew z katgutu chromowego Nr. 0 sięgający z obu stron na 1½cm. od końców nerwu. Szew ten miał zadanie zwolnić dość znaczne napięcie nerwu, następnie obie powierzchnie nerwu zespojone zostały 3ma szwami więcéj powierzchownemi, lecz sięgającemi w sam miąższ nerwu. W ranę wprowadzono dwa sączki, skórę zespojono szwami jedwabnemi. Teraz obcięto oba bliznowato zwyrodniałe końce nerwu łokciowego i zespojono je w ten sam sposób jak nerw poprzedni, z wyjątkiem że z powodu znaczniejszego napięcia w nerwie założono 2 szwy zwalniające. Na obie rany nałożono opatrunek przeciwgnilny używany obecnie w naszéj klinice (*vide l. c.*), odjęto opaskę Esmarcha i odnogę ułożono w szynie pod kątem prostym zagiętéj.

Co do zabiegu operacyjnego zwracam tu uwagę na bardzo trudne odszukanie nerwu wśród tkanki bliznowatéj, tak że musiano szukać nerwu dość daleko poza blizną; daléj na bardzo znaczne napięcie między końcami przeciętych nerwów. Bardzo dobre usługi oddał szew zwalniający, założony przez sam miąższ nerwu, bez którego dokładne zespojenie nerwów byłoby całkiem niemożebne; jest to sposób, o ile mi wiadomo, po raz pierwszy zastosowany w naszym przypadku przez prof. Mikulicza.

Znaczny zanik obwodowych końców nerwów, zwłaszcza na nerwie pośrodkowym, kazał nie bardzo dobrze rokować o powrocie zupełnym czynności obu nerwów. Obawa ta, jak się zaraz przekonamy, nie całkiem się sprawdziła. Z dalszego przebiegu przytaczam następujące szczegóły:

Wieczorem po operacyi palce sinawe, zimne, ukłócia na nich chory nie czuje, skarży się na uczucie zimna i zupełną bezwładność odnogi. Z powodu znacznych bólów w ranie wstrzyknięto morfin.

16/10. Stan bezgorączkowy, bóle w ranie mniejsze, lecz natomiast wystąpiły, niebywałe dawniéj, bóle rwiące w palcach, które są sine i zupełnie zimne. Wieczorem morfin.

17/10. Chory swobodny, bez gorączki. Bóle rwiące w palcach mniejsze, zresztą stan ten sam.

20/10 Zmiana opatrunku. Brzegi obu ran sklejone lecz sinawe. Wydzieliny prawie żadnéj, wyjęto dreny i kilka szwów. Czucie i ruchy w ręce takie same jak przed operacyją.

26/10. Obie rany rozeszły się powierzchownie z powodu obumarcia bliznowatych brzegów, przebieg jednak zupełnie bezgnilny. W głębi piękne granulacyje. Czucie i ruchy jak przed operacyją. Chory opuszcza klinikę, mając się leczyć ambulatoryjnie.

14/11. Obie rany prawie zupełnie zgojone, skóra na ręce operowanéj nieco bledsza niż na prawéj, ciepłota jéj prawidłowa. Czucie tak samo jak przed operacyją. Co do ruchów widać małe polepszenie, mianowicie chory jest w stanie zgiąć palce prawie do kąta prostego i wyprostować je prawie zupełnie. Rozpoczęto faradyzowanie i mięsienie.

6/12. Obie rany zupełnie zagojone, stan ręki następujący: Ciepłota jéj taka sama jak na ręce prawéj, jednak lewa jest wrażliwsza na zimno i dłuższego potrzebuje czasu do ogrzania się niż prawa. Odżywienie skóry znacznie się poprawiło, straciła ona poprzednią suchość i wystąpiły prawidłowe fałdy na palcach i dłoni. Również odżywienie mięśni postąpiło naprzód, muskulatura kciuka, palca małego i mm. międzykostne o wiele lepiéj rozwinięte niż były przed operacyją. Czucie poprawiło się także; na ostatnich członkach palca 4 i 5 czuje operowany silniejsze ukłócie, na reszcie palców zupełnie prawidłowe. Lokalizacyja na przedramieniu i dłoni prawidłowa, na palcach 1 i 2 chory myli się o 2 do 3 cm., na 3, 4 i 5 ukłócie czuje lecz myli się nawet co do palca ukłótego. Badanie esteryjometrem nie daje tak samo jak przed operacyją pewnych wyników. Uczucie ciśnienia poprawiło się znacznie, na przedramieniu bowiem czuje operowany juz różnicę ciśnienia 5 gram. (dawniéj dopiero 140 grm.) na wewnętrznéj połowie dłoni różnicę 80 do 100 gr., na jéj stronie zewnętrznéj już różnicę 10—15 grm. Dynamometr może utrzymać w ręku, lecz nie jest w stanie go poruszyć, podana jednak ręka czuje małe ciśnienie. Operowany jest w stanie zgiąć palce nieco więcéj niż do kąta prostego i wyprostować je prawie zupełnie. Kciuk może dobrze sprowadzić ku dłoni, lecz nie jest w stanie zetknąć

go z palcem małym, odwodzenie palców możebne między 2 a 3 i 4 a 5 i to w nieznacznym stopniu. Zginanie całéj ręki jeszcze bardzo niedokładne.

Na prąd elektryczny oddziaływają mięśnie przedramienia i ręki wyraźnie i dość żwawo, najmniéj mięśnie międzykostne.

W tym stanie operowany opuszcza Kraków z polececenicm pilnego stósowania prądu elektrycznego i mięsienia.

2 stycznia rb., zatém w 2½ miesiąca po operacyi, pisze mi pan G.: Ręka jeszcze bardzo wrażliwa na zimno, zginanie palców nie o wiele postąpiło, lecz posiadam w nich większą siłę.

Można więc mieć zupełną nadzieję, że w powyższym przypadku istniejące obecnie znaczne polepszenie coraz daléj będzie postępować. Nie możemy wprawdzie przepowiedzieć już teraz, czy ruchy ręki wrócą do zupełnie prawidłowego stanu, tém mniéj, że od czasu uszkodzenia nerwów do ich zespojenia upłynął bardzo znaczny przeciąg czasu, mianowicie 8 miesięcy, okoliczność jednak ta, że już w tak krótkim względnie czasie po operacyi znaleźliśmy znaczne polepszenie czucia, a co daleko ważniejsze, polepszenie odżywienia mięśni, pojawienie się w nich oddziaływania na prąd elektryczny i wystąpienie samowolnego kurczenia się, lubo dotąd jeszcze słabego, pozwala pomyślnie rokować, tém bardziéj, że znane są przypadki, np. operowane przez Esmarcha i Simona, w których dopiero w kilka miesięcy po operacyi pojawiły się pierwsze ślady powracającéj czynności mięśni, a w których przecie ostateczny wynik był zadowalający. Przy danéj sposobności nie omieszkamy podać wiadomości co do dalszego wyniku.

IV.

Przyczynek do sposobu operowania polipów nosopołykowych.

Napisał prof. **Mikulicz.**

Może nie ma drugiego nowotworu, względem którego rozporządzalibyśmy tyloma sposobami operacyjnemi, jak w przypadkach guzów włókniakowych zwolna się rozwijających,

które w sposób typowy od podstawy czaszki wyrastając stają się niebzpiecznemi przez utrudnienie oddechania i połykania, a wszystkim chirurgom są znane pod nazwą polipów nosopołykowych. Zanim jeszcze studyja Nélatona i Benscha podały nam ciekawe wyjaśnienia co do etyjologii i klinicznego przebiegu tych tworów, już chirurgowie zajmowali się ich leczeniem za pomocą operacyi. Odkąd Manne w Avignonie (1717) przez jamę ustną, a Syme od twarzy przez resekcyję szczęki górnéj (1832) starali się dostać do nowotworu, chirurgowie wszystkich narodowości dążyli do tego, aby w tych dwóch kierunkach znaleść najprostszą i najpewniejszą drogę ku wydaleniu nowotworów nosopołykowych.

Rozwój téj operacyi doznał tymczasowéj przerwy, gdy z jednéj strony Maisonneuve podał swoją *boutonnière palatine* i resekcyję podniebienia twardego a Nélaton cięcie przez podniebienie w kształcie litery T, a z drugiéj strony Langenbeck przez resekcyję osteoplastyczną wyrugował wszystkie znaczniejsze zabiegi od strony twarzy; nadto stósowano w obec guzów mniejszych i łatwiéj dostępnych pętlę galwanokaustyczną i odgniatacz.

W ostatnich dopiero latach na nowo wszczęła się dyskusyja nad tym przedmiotem, gdy Gussenbauer (*Ueber die buccale Exstirpation der basilaren Rachengeschwülste. Arch. f. klin. Chir.* XXIV, 265) wskazał nową metodę przez jamę ustną a Péan (*Leçons de clinique chirurgicale, VI leçon, Paris* 1879) nową drogę od twarzy. Z tego głównie powodu podniesiono ponownie kwestyję, czy należy raczéj operować przez jamę ustną czy téż przez twarz, która metoda jest najlepsza. Gdy więc sprawa ta dziś po raz wtóry przychodzi na porządek dzienny, uważam za stósowne ogłosić odnośny przypadek z mojéj kliniki.

Nim zestawię samą historyję choroby, niech mi wolno będzie podać kilka uwag nad szczegółami najważniejszemi, które uwzględnić nam wypada wydając sąd o poszczególnych sposobach operowania. W zasadzie temu sposobowi przyznamy pierwszeństwo, który odsłania najbardziéj siedzibę cho-

roby, a więc przedewszystkiém sklepienie połyku. Od tych warunków zależy uczynienie zadosyć dwom ważnym wymogom, a mianowicie: 1) że możemy bardzo szybko i prędko zatamować krwotok, czasem dość znaczny, powstający z miejsca przyczepienia polipa, i 2) że możemy doszczętnie wyłuszczyć guz bardzo łatwo się odnawiający. Następuje to tylko wtedy, jeżeli nie tylko za pomocą narzędzi możemy się dostać do punktu wyjścia nowotworu, lecz jeżeli operacyję kontrolować możemy wzrokiem.

Zresztą *ceteris paribus* wybierzemy tę operacyję, która jest zabiegiem jak najmniejszym i pociąga za sobą najmniejsze zboczenia tak pod względem kosmetycznym jako téż czynnościowym.

W obec małych i łatwo dostępnych obrzęków staramy się oczywiście pomijać wszelkie czynności przygotowawcze i posługujemy się tylko pętlą galwanokaustyczną albo odgniataczem. Tym sposobem wprawdzie rzadko tylko z zupełną pewnością możemy oddalić wszystko, ale operacyja sama przez się jest tak mało znaczącą, że jéj wykonanie w każdym lekkim przypadku jako pierwszéj próby niejako jest usprawiedliwioném. Skoro jednak zamierzamy wykonać znaczniejszą operacyję wstępną, żądamy od niéj przedewszystkiém, żeby nam umożebniła wyłuszczenie zupełne. Pod tym ważnym względem należy już z góry dać pierwszeństwo stósownéj operacyi przez jamę ustną. Co do mnie, to zgadzam się zupełnie z Gussenbauerem, że przez jamę ustną zyskujemy daleko wolniejszy przystęp do podstawy czaszki niż przez jakikolwiek inny sposób operacyi od twarzy, wyjąwszy zupełną resekcyję jednéj połowy szczęki, do czego dziś tylko w bardzo wyjątkowych przypadkach przystępujemy. Od jamy ustnéj widzimy podstawę czaszki więcéj *en face*, możemy działać narzędziami pewnie i energicznie, gdy podczas operacyj od twarzy widzimy miejsce przyczepienia polipa z profilu. Co do zboczeń pozostających po operacyi, to wszystkie operacyje na twarzy pozostawiają blizny mniéj lub więcéj w oczy wpadające; oszpecenie po re-

sekcyi osteoplastycznéj Langenbecka jest czasem nawet dość znaczne.

Z dawniejszych sposobów operowania tylko za pomocą metody Maisonneuva, polegającéj na częściowém wycięciu podniebienia twardego, można było uzyskać dość miejsca. Pozostaje jednak po niéj trwała komunikacyja między jamą ustną a nosową. Téj wady unika Gussenbauer przez resekcyję podokostnową podniebienia twardego. Metoda Gussenbauera posiada więc tę zaletę, że pozwala najczęściéj zupełnie odsłonić pole operacyjne i nie pozostawia ani zniekształcenia ani upośledzenia czynnościowego. Według téj metody przecina się błonę śluzową i okostną po nad podniebieniem twardém w linii środkowéj, odsuwa się ją następnie po obydwu stronach za pomocą raspatorium na bok, i oddala wreszcie część środkową podniebienia twardego młotem i dłutkiem. Przez otwór w ten sposob powstały można się wygodnie dostać do podstawy czaszki. Brzegi pokrycia śluzowo-kostnego podniebienia twardego zespaja się albo zaraz po wyłuszczeniu polipów albo téż późniéj jak śród uranoplastyki Langenbecka. Gussenbauer operował w ten sposób trzy razy z pomyślnym skutkiem i przekonał się, że można go także z korzyścią stósować w przypadkach nowotworów złośliwych sklepienia połyku [1]). W swoim przypadku trzymałem się także zasady metody Gussenbauerowskiéj; o tyle tylko od niéj odstąpiłem, o ile z powodu wielkości nowotworu zmuszony byłem przeciąć nie tylko podniebienie twarde ale i miękkie.

Hersch Heim, chłopiec 14 letni, z Galicyi wschodniéj, z zupełnie zdrowéj rodziny pochodzący, przed trzema laty po raz pierwszy zaczął doznawać zatykania w nosie, głos stał się nosowym, oddech tylko przy otwartych ustach możebnym. Gdy dolegliwości się wzmagały, udał się przed 2 laty do Wiednia, gdzie przyjęty do kliniki prof. Billrotha, operowany został za pomocą resekcyi osteoplastycznéj według Lan-

[1]) *Weitere Erfahrungen über die buccale Exstirpation basilarer Rachengeschwülste. Mitgetheilt von Dr. Heinrich Schmidt, Prager med. Wochenschrift 1881 Nr. 26.*

genbecka. Cały rok po operacyi był zupełnie zdrowy, potém jednak dawne dolegliwości zaczęły się wracać. Nadto przyłączyły się w ostatnich 2 miesiącach częste krwotoki z nosa, bardzo osłabiające chorego, i trudności w połykaniu; zresztą i oddychanie przez usta stawało się coraz trudniejszém.

U chorego przyjętego w dniu 3 listopada 1882 r. do kliniki chirurgicznéj tutejszéj znaleziono stan następujący: Chłopiec dobrze zbudowany, narządy wewnętrzne nie okazują zboczeń. Skóra blada, błony śluzowe niedokrewne. Na twarzy blizny po pierwszéj operacyi. Głos ma dźwięk bardzo mocno nosowy; oddech chrapiący, wyraz twarzy jak zazwyczaj u cierpiących duszność. W nocy budzi się chory kilkakrotnie z powodu znacznego bezdechu. Po otwarciu ust widać podniebienie miękkie zepchnięte ku dołowi i przzodowi; za niém widać jasnoczerwony guz, wypełniający górną część połyku aż blisko do dna języka. Palcem wprowadzonym do jamy ust obejść się daje tylko dolna część wspomnionego obrzęku, wyżéj zaś cała jama połykowa wypełniona jest przez nowotwór tak, że do podstawy jego palcem dostać się nie można. Śród ostrożnego nawet badania obfite krwawienie. Ciepłota 39·8°C, tętno 90.

5 listopada 1882 operacyja. Uśpienie. Położenie chorego według Rosego do operowania z wiszącą głową. Wziernik do jamy ustnéj. Naprzód przeciąłem w linii środkowéj całe podniebienie miękkie i większą część twardego, tj. pokrycie jego śluzowo-okostnowe; potém za pomocą raspatoryjum odsunąłem okostnę po obydwu stronach od kości. Pokazało się wtedy, że część podniebienia miękkiego i twardego była już w skutek ucisku przez polip zmiękczona i przetarta. Z tego powodu średnia część podniebienia twardego dała się łatwo wyciąć jedynie za pomocą mocnego noża i nożyczek. Po utorowaniu całkiem wolnéj drogi do nowotworu, wyciąłem przedewszystkiém dolną jego część, która przeszkadzała oddechaniu, poczém całkiem spokojnie dalszą operacyję mogłem wykonać. Za pomocą nożyczek krzywych odsunąłem dalszą nadzwyczaj twardą część guza w osobnych

kawałkach aż blisko do podstawy polipa połączonéj ściśle z kostném sklepieniem jamy nosowo-połykowéj. Resztę tę odsunąłem za pomocą raspatoryjum razem z błoną śluzową i okostną od podstawy czaszki i otaczających części kostnych. Nastąpiło tamponowanie całéj jamy nosowo-połykowéj paskami gazy jodoformowéj, końce tychże wyprowadzono przez ranę podniebienia i usta.

Cała masa przez operacyję wydobyta, odpowiadająca guzowi wielkości gęsiego jaja, przedstawiła jak zazwyczaj w podobnych przypadkach włókniak chrząstkowatéj zbitości. Krwotok podczas operacyi był dość znaczny.

Wieczorem dnia pierwszego utrzymał się jeszcze stan gorączkowy jak przed operacyją (ciepłota 39,0°C., tętno 112). Od dnia drugiego zaś ustąpiła zupełnie gorączka; połykanie łatwe, mimo tamponów leżących w jamie nosowo-połykowéj. Oddech już po operacyi zaraz stał się zupełnie swobodnym. I przebieg miejscowy był zupełnie bezgnilny. 14 listopada, tj. 9 dni po operacyi, wyjęto tampony, wcale niecuchnące. 29 listopada przystąpiłem do zespojenia rozdzielonego podniebienia, stafylorafii i uranoplastyki typowéj. Zagojenie się rany bezpośrednie nastąpiło tylko w przedniéj i tylnéj części, w środku zaś podniebienia miękkiego rozeszły się brzegi a średnica otworu wynosiła w 4 tygodnie po téj operacyi ½ do 1 cm.—29 listopada zespojono ponownie podniebienie miękkie, poczém zagoiła się rana aż do otworu wielkości soczewicy. Ponieważ chory w klinice bardzo się niecierpliwił, wysłano go do domu dnia 9 stycznia rb. z brodawkającą jeszcze raną, w nadziei, że takowa *per secundam* się zagoi. W przeciwnym razie chory ma sobie poleconém, po pewnym czasie powrócić do kliniki.

W tym przypadku ze sposobu operowania przez jamę ustną oprócz korzyści wyż wymienionych odniosłem jeszcze inną. Mogłem bowiem zaraz po przecięciu podniebienia wyciąć część guza wystającą ku dolnéj połowie połyku i tym sposobem zaraz z początku usunąć przeszkodę w oddechaniu. Tym sposobem, zwłaszcza operując przy zwieszonéj głowie, mogłem obejść się bez zapobiegawczéj tra-

cheotomii, bez któréj w tym przypadku żadna z metod operacyjnych przez twarz nie dałaby się wykonać. Że zresztą wycięcie polipa tak niezwykłéj wielkości i tą drogą będzie trudniejszém pod względem technicznym, tego można się było z góry spodziewać. O zupełném wycięciu nowotworu przekonano się zaraz po operacyi przez badanie palcem.

Wygodnym bardzo był sposób zatamowania krwotoku za pomocą tamponów z gazy jodoformowéj. W tym przypadku jednak ten sposób miał i swoją stronę ujemną. Tampony zwisające z rany podniebienia i przymocowane do lica za pomocą przylepca, nie pozwalały mi zespoić od razu brzegów rany, chyba żebym je chciał usunąć już po upływie pierwszych 24 godzin. Ale zdaniem mojém nie jest to rzeczą obojętną, zostawić gazę jodoformową przez dłuższy czas i w ten sposób zapewnić sobie bezgnilne gojenie się rany na podstawie czaszki po odsłonięciu okostnéj. W innym podobnym przypadku jak niemniéj we wszystkich tych przypadkach, w których metoda Gussenbauera sama przez się wystarcza, używałbym do zatamponowania bardzo wązkich a długich pasków gazy jodoformowéj, i wyciągnąłbym ich końce przez otwory nosowe, aby je tam przymocować. W takim razie możnaby ranę w podniebieniu odrazu zespoić, przez co i widoki zagojenia się téj rany stają się daleko lepsze. W naszym przypadku częściowe rozmięknienie i rozpoczynające się przetarcie podniebienia byłyby w każdym razie utrudniły zagojenie się rany w podniebieniu. Nie potrzeba się też obawiać, żeby gaza jodoformowa przedwcześnie się od rany oddzieliła i do połyku wpadła, jeżeli ją tylko mocno weśnięto palcami do jamy nosopołykowéj i tam przez kilka minut przytrzymano, aż ze krwią przesiąkającą utworzy zbitą masę, mocno się trzymającą.

Dodam jeszcze kilka uwag co do operowania przy zwieszonéj głowie według Rosego. Słusznie zarzucają téj metodzie, że krwotok jest znaczniejszy niż wtedy, gdy operujemy chorego siedzącego. Sądzę jednak, że niechęć, jaką wielu chirurgów ku téj metodzie operacyjnéj okazuje, pochodzi po części także z niezwykłego i nieprzyjemnego wra-

żenia, jakie ona zrazu wywołuje. Wszystka krew nagromadza się tu w jamie ustnéj i nosowéj i spływa jednym strumieniem ku dołowi, podczas gdy śród operacyi w pozycyi siedzącéj znaczna część krwi spływa do połyku i bywa połkniętą. Co do mnie wcale nie myślę zalecać operowania przy zwieszonéj głowie we wszystkich przypadkach, gdzie istnieje obawa dostania się krwi do krtani, a zwłaszcza nie czyniłbym tego nigdy w długo trwających operacyjach na ludziach starszych, niedokrewnych. Tu najlepiéj operować siedzącego: chorego usypia się głęboko tylko podczas pierwszych cięć a potém pozwala mu się zwolna przyjść do siebie. Tego postępowania używają zawsze w klinice Billrotha, a König także je zaleca. Gdzie jednak nie możemy się obejść bez głębszéj narkozy, zwłaszcza śród operacyj w jamie ustnéj u ludzi młodych, niesfornych, tam, zdaniem mojém, przeważają zalety sposobu Rosego nad jego wadami. Na chorym głęboko uśpionym operuje się daleko prędzéj, a skracając tym sposobem operacyję narażamy chorego mimo pozornie gwałtowniejszego krwotoku na przynajmniéj nie większą utratę krwi niż podczas zwyczajnego sposobu operowania. Rozporządzamy wprawdzie jeszcze i drugą drogą, tj. tracheotomiją zapobiegawczą i zatamponowaniem tchawicy według Trendelenburga, ale sposobu tego powinniśmy się chwytać, jak sądzę, dopiero w ostatecznym razie. Zgadzam się bowiem zupełnie z Königiem (*Lehrbuch der speciellen Chirurgie*), że tracheotomii w takim przypadku wcale nie należy uważać za operacyję obojętną, a daléj, że w skutek przypadkowego niedopisania przyrządu Trendelenburga może dla chorego znaczne urość niebezpieczeństwo.

V.

Rak okrężnicy wstępującéj, wycięcie kawałka jelita, śmierć z powodu obumarcia kiszki.

Napisał Dr. H. Schramm
asystent kliniki chirurgicznéj.

Dnia 25 października 1882 r. zgłosił się do kliniki chirurgicznéj mężczyzna lat 54 liczący z Wiśnicza, podając

o swéj chorobie następujące szczegóły: Ze zdrowéj pochodząc rodziny nie cierpiał na żadne ważniejsze choroby aż do 51 roku życia. Przed trzema dopiero laty zaczęły mu dokuczać objawy przewlekłego nieżytu żołądka i jelit, brak apetytu i częste rozwolnienie osłabiały go znacznie i z tego powodu szukał pomocy u lekarzy miejscowych, za których poradą udał się do Maryjenbadu. Po kilkumiesięcznym pobycie tamże wrócił do domu z nieznaczném polepszeniem, które téż nie trwało długo; objawy dawne wróciły, a nadto pojawiły się żyłki krwi śród oddawania stolca zbitszego. Przed rokiem przedstawił się chory w klinice lekarskiéj prof. Korczyńskiego, gdzie po zbadaniu chorego obok przewlekłego nieżytu żołądka znaleziono w brzuchu po stronie prawéj guz wielkości jaja gęsiego, pozostający prawdopodobnie w związku z kiszką. Chory już wówczas mocno niedokrewny udał się do Francensbadu, gdzie jednak żadnéj nie doznał ulgi. W powrocie do domu zasięgnął rady w klinice prof. Billrotha, gdzie mu doradzano wycięcia guza z jamy brzusznéj; na operacyję tę jednak chory się nie zgodził. Gdy jednak stan jego po powrocie do domu coraz bardziéj się pogarszał, a występujące teraz częściéj krwotoki śród oddawania stolca coraz bardziéj go osłabiały, przybył chory do kliniki prof. Mikulicza w następującym stanie:

Mężczyzna dobrze zbudowany, stan odżywienia bardzo podupadły, skóra i błony śluzowe blade. W narządach oddechania i krążenia nie znaleziono zmian żadnych. Żołądek znacznie rozszerzony, podczas płukania go zrana wydobyć można tylko cokolwiek cieczy śluzowatéj, kwaśno oddziaływającéj. Przez wiotkie powłoki brzuszne wymacać można po stronie prawéj w połowie odległości między łukiem żebrowym a grzebieniem kości biodrowéj obrzęk wielkości pięści, o powierzchni nieróWnéj, guzowatéj, twardy i tylko za mocniejszym uciskiem bolesny, dający się łatwo przesuwać aż prawie ku linii środkowéj brzucha. Wypuk w całym brzuchu bębenkowy, tylko nad samym obrzękiem przytłumiony. Stolec wolny zawiera nieco śluzu i od czasu do czasu mierną ilość krwi ciemnéj. Mocz prawidłowy.

Mieliśmy więc przed sobą obrzęk z największém prawdopodobieństwem pozostający w związku z częścią przewodu pokarmowego. Nowotwór żołądka, mianowicie jego części odźwiernikowéj, wykluczyć było można z powodu braku najwybitniejszych objawów, a mianowicie wymiotów, na jakie chory nigdy nie cierpiał a nadto i umiejscowienie guza, bardzo wielka jego ruchomość przemawiały przeciw rakowi odźwiernika. Rozpoznanie więc wahało się między nowotworem sieci lub kiszki grubéj; za pierwszym przemawiała znaczna ruchomość guza i brak wybitnych objawów zwężenia kiszki, za drugim obecność stolców krwawych, do wytłumaczenia których nie było żadnych innych podstaw. Brak objawów zwężenia można było wytłumaczyć tém, że nowotwór zajmował tylko część ściany kiszki nieokrążając jéj dokoła. Rozpoznanie kliniczne brzmiało więc: *Carcinoma coli ascendentis.*

Jasną było rzeczą, że w obec takiego rozpoznania jeden był tylko możebny środek wyleczenia chorego, mianowicie oddalenie nowotworu. W przypadku naszym nie było téż objawów znacznego zwężenia jelita, nie było uporczywego zaparcia stolca i wymiotów, które w większéj części znanych dotąd przypadków były najważniejszém wskazaniem do operacyi, a właśnie brak tych objawów i ruchomość guza, pozwalająca wnosić o braku zrostów z częściami sąsiedniemi były zachętą do spiesznéj operacyi, dając nadzieję, że w obec małych rozmiarów nowotworu i wycięcie go będzie łatwiejsze, i gruczoły będą wolne a zatém i obawa recydywy mniejsza. Wreszcie mocno podupadły stan odżywienia chorego, który za dalszém oczekiwaniem musiałby się jeszcze bardziéj pogorszyć, nie dozwalał dłuższéj zwłoki. Zważywszy wreszcie, że według zestawienia Köhlera (*Darmresektion bei Karcinom des Dickdarms. Inaug. diss. Breslau* 1881) na 25 przypadków wycięcia nowotworów kiszki grubéj 15, czyli 60%, zakończyło się zupełném wyzdrowieniem, mogliśmy mieć nadzieję, że i nasz przypadek pomyślnym zostanie uwieńczony skutkiem. Przedstawiono więc choremu konieczność operacyi, na którą natychmiast

się zgodził, przekonawszy się już poprzednio o bezskuteczności innych środków.

Operacyję wykonał prof. Mikulicz dnia 28 października 1882 r. w sposób następujący: Śród wielkich ostrożności przeciwgnilnych w pokoju do 24°C. ogrzanym poprowadził przez powłoki brzuszne cięcie zaczynające się 2 cm. na wewnątrz i 3 cm. poniżéj mostka, idące skośnie ku dołowi i zewnątrz, 10 cm. długie. Po dokładném zatamowaniu krwotoku otwarto otrzewnę i pokryto natychmiast wypuklające się pętle kiszek cienkich gazą jodoformową zmaczaną w 5% rozczynie karbolu. Przez utworzoną ranę wprowadził prof. M. rękę do jamy brzusznéj i wydobył na zewnątrz guz, który, jak się teraz pokazało, zajmował okrężnicę wstępującą blisko jéj przejścia w poprzeczną. Guz ten pozrastany silnie z siecią zajmował cały obwód kiszki w rozległości 6 cm. Teraz przystąpiono do odosobnienia choréj części kiszki. Była to robota bardzo żmudna z powodu licznych i silnych zrostów i zajęła blisko godzinę czasu. Wszystkie zrosty przecinano między dwiema podwiązkami z jedwabiu Czernego. Kilka strzykających tętnic podwiązano osobno, zarazem wyjęto z krezki 3 gruczoły limfatyczne twarde, wielkości orzecha laskowego. Teraz wsunięto pod odosobnioną część kiszki szeroki pas gazy jodoformowéj, zmaczany w 5% karbolu, nadcięty po obu końcach i końce te związano powyżéj i poniżéj nowotworu, tym sposobem cała następna część operacyi odbyła się dokładnie po za jamą otrzewnową a nadto związane na kiszce końce gazy jodoformowéj służyły za dobry punkt oparcia dla palców asystenta, uciskającego dowodzącą i odwodzącą część kiszki. Poczém przecięto ściany jelita na 1 cm. od czuć się dających granic nowotworu i zaraz po oddaleniu tegoż wymyto oba końce 5% rozczynem karbolu. Ponieważ część odwodząca była znacznie węższa niż środkowa, przeto w celu wyrównania obwodu obu końców nadcięto część obwodową w kierunku podłużnym. Zespojenie obu końców odbyło się w ten sposób, że najpierw założono szew kuśnierski z jedwabiu na błonę śluzową, a następnie szwem Lemberta, również kuśnierskim, zespojono dokładnie

powierzchnie otrzewnowe obu końców kiszek i dla większéj pewności dodano jeszcze kilka szwów węzełkowych. Po przekonaniu się, że zespojenie wzdłuż całego obwodu kiszki było dokładne, oddalono z pod zeszytéj kiszki pasek gazy jodoformowéj i zeszyto obie blaszki krezki również szwem Lemberta. Po obmyciu pętli jelita 5% rozczynem karbolu, odprowadzono ją do jamy brzusznéj i ranę w ścianie brzusznéj po oczyszczeniu otrzewny zamknięto 5 szwami płytkowemi, kilkunastoma jedwabnemi i założono opatrunek. Cała operacyja trwała dwie godziny. Chory mocno osłabiony przeniesiony do sali otrzymuje kamionki ciepłe i środki podniecające.

Wyjęta część jelita 8 cm. długa. Po obu końcach ściana w rozległości 1 cm. prawidłowa, reszta mocno zgrubiała przez naciek zwężający jéj światło tak, że ledwie mały palec przez nie można przesunąć. Wewnętrzna powierzchnia kiszki nierówna, owrzodziała, w zagłębieniach rozpadającego się nowotworu resztki niestrawionych pokarmów. Nowotwór na przekroju białawy, zbity w wielu miejscach drobne żółtawe rozmiękłe ogniska. Badanie drobnowidowe wykazało jako punkt wyjścia nowotworu gruczoły kiszkowe; w wyjętych gruczołach limfatycznych przerzutów nie znaleziono.

Z przebiegu po operacyi przytaczam następne szczegóły: Wieczorem ciepłota 36·5°C., tętno 84 dość pełne, chory pokryty zimnym potem, skarży się na uczucie ciśnienia w brzuchu. W nocy stolec wolny i jednorazowe wymioty cieczy śluzowatéj. 29 października znaczne osłabienie, uczucie trwogi i niespokój, ciepłota 38·5°C., tętno 120 na m. Wieczorem ciepłota 38°C., tętno 130 nitkowate, co chwila omdlenie i nudności, kilkakrotne wymioty. 30 października osłabienie bardzo znaczne, ciepłota 38·2°C., tętno 130 ledwo wymacalne, ustawiczne odbijanie i wymioty. Mimo ciągłego podawania leków podniecających zapad zwiększał się coraz bardziéj i chory umarł o godzinie 1 w południe, zatém w 48 godzin po operacyi.

Z oględzin pośmiertnych, wykonanych przez prof. Browicza, podaję następujące ważne dla nas szczegóły: W jamie brzusznéj około 1 litr cieczy mętnéj, brudnéj, z strzę-

pkami włóknika zmięszanéj, otrzewna ścienna i jelit gładka, lekko nastrzykana; w okolicy okrężnicy wstępującéj nieliczne, świeże zlepienia, ani śladu kału w jamie brzusznéj. 15cm. nad kiszką ślepą znajduje się miejsce zespojenia jelita. Całą tę część wycięto ostrożnie a po bliższém badaniu miejsca zeszycia znaleziono stan następujący: W miejscu szwu krezka oddzielona od ściany jelita w rozległości 1 1/2 cm., tutaj otrzewna kiszki sina, zgorzelinowa, szwy leżą luźno. Po wstrzyknięciu wody do wyciętéj pętli płyn nie wycieka, dopiero po użyciu większego parcia pokazuje się mała kropla wody w miejscu zgorzeli. Po przecięciu kiszki w kierunku podłużnym okazało się, że wzdłuż obu brzegów przeciętéj kiszki błona śluzowa uległa zgorzeli, zmiana ta zajmuje pasek szeroki 3mm. i sięga aż do błony mięsnéj, tylko w miejscu przyczepienia się krezki zgorzel zajmuje całą ścianę jelita w szerokości 1cm. Gruczoły krezkowe niepowiększone. W innych narządach nie znaleziono zmian ważniejszych.

Co do operacyi saméj nadmieniam, że cięcie skośne okazało się w przypadku naszym dogodniejsze, niż to mogło mieć miejsce w obec cięcia w linii białéj, jakto radzi np Köhler (l. c.). Gdyby bowiem jama brzuszna otwartą została w linii środkowéj, natenczas chorobowo zmienioną część okrężnicy możnaby tylko z trudnością wydobyć na zewnątrz, zatém i cała operacyja nie dałaby się wykonać tak wygodnie i z taką pewnością, że ani kropla treści jelitowéj nie dostała się do jamy brzusznéj, jak to miało miejsce w obec cięcia użytego przez prof. Mikulicza.

Wielką trudność stanowiło odosobnienie choréj części kiszki z powodu licznych zrostów, które też były przyczyną długiego trwania operacyi i jak się przy sekcyi pokazało niepomyślnego jéj wyniku. Sposób oddzielenia mającéj się wyciąć pętli od jamy brzusznéj za pomocą paska gazy jodoformowéj, użyty w naszym przypadku, wydaje mi się wygodniejszym i pewniejszym niż używanie zwykle podsunięcie gąbki pod pętlę jelita. Wreszcie nadmieniam, że szew kuśnierski okazał się bardzo wygodnym, zabiera on bowiem znacznie mniéj czasu niż szew węzełkowy, a zespojenie je-

lita za pomocą tego szwu może być zupełnie dokładne i pewne zwłaszcza jeżeli doda się w niejakich odstępach kilka szwów węzełkowych.

Przypadek nasz poucza także, jak złudne i niepewne mogą być objawy w obec guzów jelit. Badając przez powłoki brzuszne, można było obrzęk bardzo swobodnie posuwać, a mimo to był on w wielu miejscach pozrastany z częściami sąsiedniemi; nie mieliśmy znacznych objawów upośledzonéj drożności jelita, owszem chory cierpiał częste rozwolnienie, a mimo to znaleźliśmy w kiszce grubéj zwężenie bardzo znacznego stopnia.

Nad przyczyną śmierci chorego musimy się zastanowić nieco dłużéj. Powodem niepomyślnego zejścia nie mogło być dostanie się kału do jamy brzusznéj ani podczas operacyi, ani zaraz po odprowadzeniu zespojonego jelita. Przemawia za tém dosyć dobry stan chorego przez pierwsze 24 godzin po operacyi, brak treści jelita w jamie brzusznéj, stwierdzony przez oględziny pośmiertne a wreszcie i ta okoliczność, że szwy trzymały jeszcze po śmierci chorego zupełnie dobrze, gdyż woda wlewana do wyciętéj pętli dopiero po użyciu większego ciśnienia zaczęła małemi kroplami wydobywać się w miejscu, gdzie kiszka najbardziéj była zmienioną. Objawy zapalenia otrzewny znalezione podczas sekcyi powstać więc mogły jedynie w skutek przesiąkania istót zakaźnych z wnętrza kiszki przez zgorzelinową jéj ścianę. Powodem téj zgorzeli nie było z pewnością ani zbyteczny ucisk podczas operacyi, gdyż na miejscach, gdzie jelito było uciśnięte palcami nie było zmian najmniejszych, ani też obmycie zeszytéj pętli 5% roztworem karbolu, postępowania tego bowiem użył prof. Mikulicz w trzech przypadkach operacyi przepuklin uwięźniętych, które wygoiły się *per primam* bez najmniejszych objawów zaburzeń ze strony kiszki i u chorego, który po laparotomii wykonanéj przed 3ma tygodniami z powodu uwięźnięcia wewnętrznego znajduje się jeszcze w leczeniu. Stanowczo więc twierdzić możemy, że zgorzel jelita wystąpiła u naszego chorego jedynie w skutek oddzielenia jéj od krezki. Na niebezpieczeństwo to zwrócił

uwagę chirurgów pierwszy M a d e l u n g: (*Ueber circuläre Darmnaht und Darmresection. Verhandlung. der d. Gesellsch. für Chir.* X. Congress. strona 415). Robiąc na psach doświadczenia co do wartości zespajania jelita przez wgłobienie sposobem Joberta, przekonał się, że psy po téj operacyi zdechały prawie bez wyjątku już na drugi dzień, a to z powodu zgorzeli przeciętego jelita. Dalsze doświadczenia przekonały go, że powodem tego niepomyślnego wyniku jest jedynie oddzielenie kiszki od śródjelicia na cokolwiek większéj przestrzeni. Zestawiając téż 73 przypadki całkowitego przecięcia kiszki u człowieka, przekonał się Madelung, że w ociu przypadkach śmierć powstała w skutek rozejścia się szwów po obumarciu całkowitém lub częściowém brzegów jelita, nadto w 10 przypadkach przyszło do utworzenia się przetoki kałowéj, zatém i w tych razach tylko przez prosty przypadek zdarzyło się, że szew rozszedł się właśnie w miejscu przylepienia kiszki do ściany brzusznéj a więc na 73 przypadki 15 razy, czyli blisko w 12%, nastąpiła zgorzel brzegów jelita. Doświadczenia R y d y g i e ra (O wycinaniu okręgowém kawałków jelita z następném zeszyciem obu odcinków. Przegl. Lek. z r. 1881, Nr. 40—44) doprowadziły do tego samego wyniku. Psy, u których R. wyciął kawałek jelita i przed zespojeniem obu odcinków oddzielił po obu końcach krezkę na przestrzeni 1—4 cm. (doświadczenie 12 i 13), zdechły oba po 2ch dniach z powodu zgorzeli zespojonych brzegów. Tak przebieg po operacyi i czas śmierci, jak wreszcie obraz pośmiertny u naszego chorego zgadzają się zupełnie z doświadczeniami M a d e l u n g a i R y d y g i e r a. Doświadczenia te wykazują dostatecznie, jak niebezpieczném jest oddzielenie jelita od krezki, i śród operacyi w naszym przypadku starano się temu, o ile możności, zapobiedz. Liczne jednak zrosty zwyrodniałéj kiszki z częściami okolicznemi były powodem, że, w celu dokładnego zespojenia obu odcinków kiszki, koniecznem było uwolnić ją choćby na małéj przestrzeni. Podczas następnych jednak operacyj trzeba będzie na okoliczność tę kłaść jeszcze więcéj wagi i nie zakładać szwów w części jelita, którąby chociaż na najmniej-

széj przestrzeni oddzielona była od swéj krezki. Wprawdzie po powtórnych swych doświadczeniach co do wycinania kawałków jelita podaje Rydygier (*Ein interessanter Fall von zweimaliger Darmresection etc. Berlin. klin. Woch.*, 1882, Nr. 30), że różne zwierzęta rozmaicie znoszą oddzielenie kiszki od śródjelicia, i że zdaje się, jakoby człowiek znosił ten zabieg wcale dobrze. Przypadek nasz jednak nie bardzo zgadza się z têm przypuszczeniem, gdyż u chorego naszego oddzielenie krezki po obu końcach jelita na przestrzeni wynoszącéj ledwie $^3/_4$ cm. stało się przyczyną śmierci.

W celu wyjaśnienia tego pytania, tak ważnego dla chirurgii przewodu pokarmowego, wykonywam obecnie szereg doświadczeń, których wyniki podam przy innéj sposobności.

VI.

Skoliozometer, przyrząd do mierzenia skrzywienia bocznego kręgosłupa.

Podał prof. J. Mikulicz.

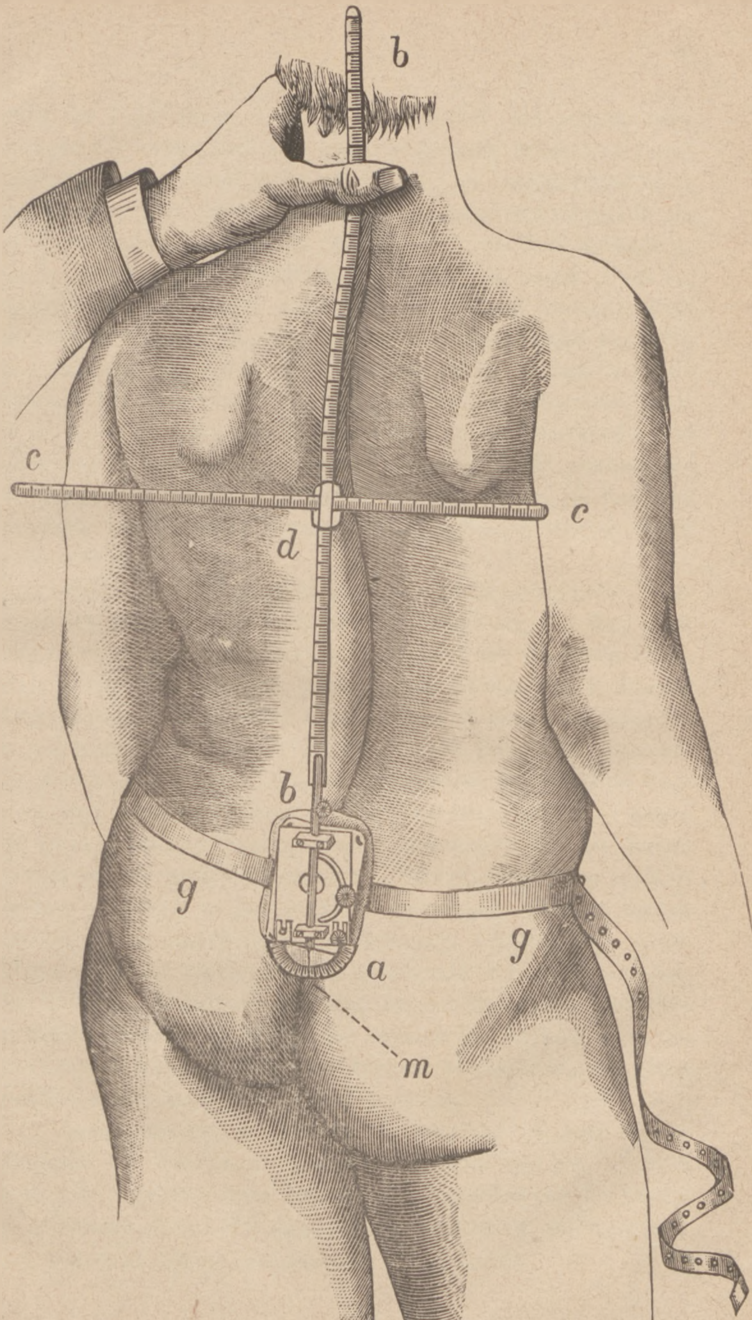
Skolioza od dawna stanowiła jednę z najciemniejszych części ortopedyi, a mimo zupełnego przewrotu, którego w ostatnich dziesiątkach lat cała nauka o skrzywieniach doznała, niewielka pod tym względem zaszła zmiana. Mimo jasnych zapatrywań na etyjologiję i patogenezę bocznego skrzywienia stosu pacierzowego, mimo racyjonalnych podstaw, z których wszystkie zabiegi lecznicze w przypadkach tego skrzywienia wychodzą, nie dotarliśmy przecież na têm polu tak daleko, jak np. w przypadkach skrzywień stopy, kolana lub biodra. Przyczyną tego jest po części, że zrozumienie patologii skoliozy jest o wiele więcéj utrudnionêm dla zawiłych stosunków anatomicznych i mechanicznych aniżeli np. w podobnych skrzywieniach kolana (*Genu valgum*, *Genu varum*). Z drugiéj zaś strony nie posiadamy przeciwko skoliozie sposobu leczenia operacyjnego, które w wielu innych gałęziach ortopedyi wywołało szybki bardzo postęp i zmianę. Tu obecnie zarówno jak przed stu laty zmuszeni jesteśmy poprzestać na środkach czysto ortopedycznych. A chociaż i pod

tym względem w ostatnich latach znaczne zrobiono postępy, to przecież musimy przyznać, że i po dziś dzień, nawet w kołach kompetentnych, wcale rozmaite istnieją zapatrywania co do najodpowiedniejszych środków leczniczych przeciwko skoliozie. I tak bardzo podzielone są jeszcze zadania, o ile jedna z najważniejszych zdobyczy, tj. gorset gipsowy lub filcowy, jest stósowną. Nic więc dziwnego, że lekarze praktyczni nie tylko co do tego pytania ale i co do całego leczenia skoliozy okazują pewną obojętność. Lekarz, który właśnie spotyka się z pierwszemi całkiem uleczn emi początkami skoliozy, w którego ręku więc na razie leży los chorych skoliotycznych, poprzestaje najczęściéj na tém, że odsyła chorych do bandażysty, aby sobie sprawili gorset przeciw skoliozie Dość często rodzice, oszczędzając sobie drogi do lekarza, udają się wprost do bandażysty. Czy gorset w danym przypadku w ogóle jest odpowiednim, albo jaka forma jest najstósowniejszą, o to zazwyczaj wcale nie dbają. Ztąd pochodzi, że zboczenie pod gorsetem coraz daléj się rozwijając dochodzi dość często do stopnia już nieuleczuego, podczas gdy rodzice przez długi czas uspokajają się myślą, że w ogóle jakieś leczenie ma miejsce. Pewnego wreszcie dnia, niestety często za późno, spostrzega matka, że skrzywienie mimo gorsetu się zwiększyło a wtedy dopiero ucieka się do wszystkich środków celem powstrzymania cierpienia. Jakaż więc przyczyna złego? Byłoby to zapewne niesłusznem, gdybyśmy w każdym przypadku zarzucali lekarzowi ordynującemu opieszałość. Przyczyny po części szukać należy w okoliczności, że większa część środków, któremi dziś rozporządzamy, zanadto jest niedostateczną, oraz w okoliczności, że nie posiadamy pewnego i łatwo użyć się dającego środka do mierzenia, o ile cierpienie się polepszyło. Ztąd też zapewne pochodzi, że i ludzie fachowi nie łatwo zgadzają się co do stósowności niektórych środków. Brak bowiem dokładnéj kontroli, któréj ortopedyk potrzebuje zarówno dla siebie jak i dla innych, których chce przekonać o sposobie działania pewnéj metody.

Ten brak uczułem już przed kilku laty, gdy, jako asystent w klinice Billrotha, próbowałem gorsetów gipsowych i filcowych. Od tego czasu zajmowała mnie myśl złożenia przyrządu, za pomocą którego możnaby liczebnie oznaczyć najważniejsze zboczenia kształtu w skoliozie a lekarz mógłby przekonać się o nieznacznem nawet polepszeniu lub pogorszeniu się zboczenia.

Zdania co do znaczenia takiego przyrządu do mierzenia są bardzo podzielone, zdaje mi się jednak, że większa część lekarzy zanadto nisko ceni jego wartość. Jestem przekonany, że co do leczenia skoliozy wtedy dopiero będziemy mieli pewne i stałe zasady, kiedy za pomocą liczb będziemy mogli oznaczyć na pewne wartość każdéj zaleconéj metody. W przypadkach innych skrzywień kontrolujemy już od dawna poszczególne metody w ten sposób, tylko nie potrzebujemy osobnych przyrządów. W stawie kolanowym mierzymy kąt zgięcia (przy kontrakturach) i stopień addukcyi lub abdukcyi (w *genu valgum* i *genu varum*). W biodrze mierzymy kąt zgięcia, abdukcyi i rotacyi. Do tego wystarcza zwyczajny kątomierz. Zresztą najczęściéj już oko samo wystarcza do ocenienia, czy kontraktura w stawie kolanowym lub stopa końska zostały usunięte, albo czy nastało polepszenie w przypadku stopy szpotawéj; możemy to rozpoznać po zdjęciu opatrunku gipsowego na pierwszy rzut oka. Nadto we wszystkich tych przypadkach przywrócona funkcyja odnogi poucza nas o dobrym skutku leczenia. Wszystkich tych wskazówek brakuje nam w skoliozie. Ponieważ tu wszystkie zmiany zwolna i nieznacznie się rozwijają, znaczniejsze dopiero różnice okiem rozpoznać możemy; o tak ważnem zaś dla nas rozpoczynającém się polepszeniu lub pogorszeniu pouczyć nas może tylko czuły bardzo przyrząd do mierzenia.

Ortopedycy i chirurgowie podali już rozmaite przyrządy odnośne; mianowicie Bühring i Heinecke wymyślili bardzo zmyślne przyrządy, któremi można przedsiębrać bardzo dokładne pomiary. Wszystkie te jednak przyrządy mają dwie wady: są one po pierwsze zanadto skomplikowane i wyma-



b
c
c
d
b
g
g
a
m

gają za dużo czasu i pracy, a powtóre nie podają nam wszystkich zmian kształtu, których badanie w skoliozie jest koniecznėm. Słusznie mówi P. Vogt [1]), że zastósowanie tych przyrządów jest bardzo ograniczonėm, gdyż one uwzględniają tylko zboczenie wyrostków kolczystych od linii środkowé; linija kierunkowa wyrostków kolczystych sama przez się wcale nie daje nam prawdziwego obrazu rzeczywistego zboczenia kręgów. Musimy jeszcze uwzględnić inne czynniki, a zwłaszcza skręcenie stosu pacierzowego i ztąd wynikłe zmiany kształtu klatki piersiowéj. Metoda mierzenia Barwella, który uwzględniając te okoliczności przykłada drut ołowiany w rozmaitéj wysokości naokoło klatki piersiowéj i w ten sposób chce otrzymać dokładny obraz jéj kształtu, zdaniem mojém także zanadto wiele wymaga zachodu i nie jest pewną.

Sądzę, że mój przyrząd do mierzenia uwzględnia wszystkie istotne stosunki w skoliozie, i daje się tak łatwo zastósować, że go każdy lekarz praktyczny używać może. Układając go uwzględniłem następujące wymiary: 1) długość kręgosłupa, 2) odchylenie jego na bok, 3) skręcenie kręgów, a względnie całéj klatki piersiowéj, 4) ustawienie łopatek, 5) wysokość barków. Długość kręgosłupa, tj. odległość obydwu jego końców, można w prosty całkiem sposób za pomocą zwykłéj miary centymetrowéj oznaczyć; nie zwróciłem przeto na ten punkt szczegółowéj uwagi, choć i ten wymiar można oznaczyć za pomocą mego przyrządu. Główną uwagę zwróciłem na cztery pozostałe wymiary. Szczególny nacisk kładę także na uwzględnienie ustawienia łopatek i wysokości barków. Wiadomo bowiem, że bardzo często pierwsze początki skoliozy objawiają się asymetryją barków albo nie równo wysokiém ustawieniem tychże, okoliczność, na którą rodzice często najpierw zwracają uwagę.

Dołączona rycina przedstawia przyrząd w jego zastósowaniu do mierzenia skoliozy. Składa on się głównie z dwóch wąskich taśm stalowych, (podobnych do brykli w gorsetach damskich) opatrzonych podziałką milimetrową;

[1]) *Moderne Orthopaedik, Stuttgart 1883, pag. 137.*

jedna z tych taśm przebiega pionowo (*b b*), druga poziomo (*c c*). Są one tak elastyczne, że je można wprawdzie dokładnie przystósować do powierzchni ciała, poczém jednak siłą sprężystości wracają do pierwotnego swego kształtu. Oba te pręty za pomocą mosiężnéj części środkowéj (*d*), w ten sposób są połączone, że się pręt poziomy zarówno z boku na bok jak i z góry na dół daje przesuwać. Pręt pionowy jest przymocowany do płytki metalowéj (*b a*), która znów za pomocą odpowiednio wielkiéj peloty stoi w związku z pasem biodrowym (*gg*). Przy *a* znajduje się kątomierz poziomo ustawiony. Pręt pionowy (*b b*) przechodzi na dolnym swym końcu w cienki pręcik, około którego daje się obracać. Na dolnym końcu tego pręcika znajduje się wskazówka (*m*) chodząca po kątomierzu. Jeżeli przyrząd cały, wraz z taśmą poziomą (*c c*), leży na osobie dobrze zbudowanéj, to wskazówka przy *m* pokazuje 90°. Każde skręcenie tułowia wywołuje zboczenie dające się w stopniach odczytać. Tylną część pasa biodrowego stanowi także sprężyna stalowa, w skutek czego cały przyrząd może być lepiéj ustalonym.

Przyrząd zakłada się, jak widać z ryciny, w ten sposób, że pas biodrowy (*gg*) przebiega na około miednicy pomiędzy grzebieniem kości biodrowéj a krętarzem wielkim, a pelota (*b a*) leży dokładnie na kości krzyżowéj. Gdyby przypadkowo miednica była ukośnie ustawioną, to można cały przyrząd na pelocie około poziooméj osi odpowiednio skręcić, tak, że można pręt pionowy (*bb*) w każdym przypadku przystosować do stosu pacierzowego. Zresztą można to ustawienie ukośne także w ten sposób usunąć, że się odpowiednią nogę stawia na wyższéj podstawce.

Skoro przyrząd w ten sposób jest założony, mierzy się najprzód odległość między dwoma kręgami, z których jeden leży blisko górnego a drugi dolnego końca kręgosłupa. Najstosowniéj jest mierzyć odległość między górnym końcem kości krzyżowéj a siódmym kręgiem szyjnym. Jak już wspomniałem, można jeszcze przed założeniem przyrządu zdjąć ten wymiar za pomocą zwykłéj miary. Teraz oznacza się odchylenie boczne kręgosłupa. W tym celu można jeszcze przed

założeniem przyrządu oznaczyć za pomocą atramentu lub czarnéj kredy linię kierunkową wyrostków kolczystych. Jeżeli skrzywienie wypukłością zwraca się na prawo, to przesuwa się cały przyrząd nieco na lewo, tak, że prawy brzeg pręta pionowego odpowiada głównéj linii stosu pacierzowego, tj. przypada ponad środek kości krzyżowéj i wyrostki kolczyste ostatnich kręgów szyjnych. Za pomocą taśmy poziomej (*cc*) odczytujemy tedy na tém miejscu, gdzie wypukłość jest największą, odległość odnośnego wyrostka kolczastego od linii środkowéj. Jeżeli wypukłość leży po stronie lewéj, to przesuwamy cały przyrząd trochę na prawą stronę i mierzymy w ten sam sposób. Dla celów praktycznych wystarcza oznaczyć odchylenie wyrostków najbardziéj zbaczających. Oczywiście należy także uwzględnić skrzywienie wyrównywające w części lędźwiowéj kręgosłupa. Należy także zaznaczyć krąg, który znajduje się pomiędzy skrzywieniem pierwotném a kompenzacyjném, a więc który dokładnie odpowiada linii środkowéj (krąg nieruchomy). Teraz mierzy się skręcenie stosu pacierzowego. Podczas gdy przy dotychczasowych wymiarach badany stał swobodnie ze zwieszonemi ramionami, każe mu się teraz ramiona podnieść i ręce ponad głową złożyć. W skutek tego łopatki podnoszą się dość znacznie i cała forma klatki piersiowéj wybitnie występuje. Przykłada się potém pręt poziomy (*cc*) w rozmaitych wysokościach dokładnie do grzbietu. Jak już wspomniałem, uwidocznia przytém skazówka (*m*) wszystkie zboczenia co do skręcenia w stopniach. I tu wystarczy oznaczyć tylko części najbardziéj zbaczające zarówno w skrzywieniu pierwotném, jak i w zastępczém u części lędźwiowéj. Należy także zaznaczyć część znajdującą się w ułożeniu prawidłowém pomiędzy obydwoma skrzywieniami (część nieruchomą).

Skoro badany ramiona znów spuścił, obchodzimy w téj pozycyi ustawienia łopatek. Ponieważ nam tu nie chodzi wcale o znaczenie bezwzględnéj wysokości łopatki jednéj lub drugiéj, lecz o oznaczenie różnicy w ustawieniu obydwu, to wystarczy po pierwsze oznaczyć różnicę co do wysokości kątów łopatek, a powtóre różnicę odległości wewnętrznych

brzegów łopatek od linii środkowéj. Oba te wymiary można otrzymać w sposób prosty przez przesunnięcie pręta poziomego (*cc*). W podobny wreszcie sposób oznacza się wysokość barków, do czego najlepiéj nadaje się szczyt łopatki.

Co do wartości liczb otrzymanych za pomocą tego przyrządu, możnaby może zarzucić, że nie wszystkie odpowiadają dokładnie stosunkom anatomicznym, i ja to przyznaję. Zwłaszcza odchylenie boczne i skręcenie rzeczywiste kręgosłupa w pojęciu ściśle anatomiczném, mianowicie w wyższych stopniach tego skrzywienia, nie zawsze może będzie się zgadzało z wynikami tych wymiarów, które odpowiadają tylko zmianom kształtu na zewnątrz widocznym. Bo téż u tego przyrządu, który ma głównie służyć dla celów praktycznych, wcale o to nie chodzi. Liczby znalezione tym przyrządem mają nam dać ile możności wierny obraz objawów skoliozy w pewnym okresie czasu zewnętrznie wybadać się dających. A temu zadaniu przyrząd ten z pewnością zupełnie czyni zadość. Przez kombinacyję właśnie rozmaitych wymiarów można sprostować niedokładność szczególnych wymiarów.

Skoliozometer nie tylko ma wykazać wyniki przedsiębranego leczenia, ma on służyć także i w tych przypadkach, gdzie istnieje tylko podejrzenie rozpoczynającéj się skoliozy, i gdzie tylko staranna obserwacyja trwająca przez miesiące może dać jakieś wyjaśnienie. Choć po jednorazowém badaniu oko wprawne spostrzeże nawet małe zboczenia co do symetryi obu połów tułowia, to przecież na podstawie tego jednego wrażenia nigdy nie można ocenić na pewne zmiany powstającéj w ciągu kilku tygodni. Wreszcie można użyć tego przyrządu do prognozy każdego przypadku, gdyż podaje on stopień ruchomości części przesuniętych. Wiadomo bowiem, że możność wyleczenia skoliozy głównie zależy od tego, czy skrzywiony kręgosłup przez rozmaite manipulacyje i zmiany w ustawieniu tułowia i ramion da się sprowadzić do kształtu prawidłowego lub nie.

W końcu muszę jeszcze nadmienić, że cały przyrząd, który pan E. Walkowski, bandażysta (Wien, Naglergasse Nr. 2) w bardzo zgrabnéj i pięknéj formie wykonał, da się roze-

brać, i z powodu sprężystości prętów przechować w okrągłym sztućcu lub zwykłém pudełku, tak, że go każdy lekarz może mieć przy sobie.

VII.

Resekcyja odźwiernika z powodu raka. Wyleczenie.

Uwagi nad pewnym objawem raka żołądkowego, za pomocą gastroskopu spostrzegać się dającym.

Podał prof. Dr. J. Mikulicz.

Liczba wyleczonych dotychczas przypadków resekcyi żołądka jest jeszcze szczupłą. W zestawieniu podaném przez L. Rydygiera mieści się pomiędzy 23 przypadkami tylko 5 wyleczonych. Znajdujemy nadto w bieżącéj literaturze 6 innych przypadków, z których jeden z przebiegiem szczęśliwym (Th. van Kleef w Maastricht). Niniejszém podaję opis wycięcia odźwiernika, którego dokonałem w tutejszéj klinice z szczęśliwym przebiegiem.

Maryjanna Kożlina, lat 35 licząca, wieśniaczka z Trzebionki, pochodzi z zupełnie zdrowéj rodziny, przebyła 3 prawidłowe porody; dzieci zdrowe. Przed 5 miesiącami zaczęła doznawać bólów w okolicy żołądka, występujących zawsze w kilka godzin po jedzeniu, apetyt stawał się coraz gorszy; przed trzema miesiącami wystąpiły częste wymioty, w których krwi chora nie zauważyła. Z powodu dokuczliwych bólów i wymiotów udała się Kożlina o pomoc do kolegi Dra Kleina w Chrzanowie, który rozpoznawszy *Carcinoma pylori* przysłał chorą do kliniki. Stan choréj w dniu przyjęcia, t. j. 9 lutego br., był następujący: Kobieta dość dobrze odżywiona, skóra i błony śluzowe blade. Oba sutki obrzmiałe, skóra na nich lekko zaczerwieniona, nacisk bolesny (*galaktostasis*), gdyż chora odłączyła dziecko od piersi dopiero przed 5 dniami. Narząd oddechania i krążenia zupełnie w porządku. Brzuch miernie wzdęty, powłoki wiotkie, przez nie wymacać można w okolicy odźwiernika guz wielkości jaja gęsiego zupełnie ruchomy, twardy, przy ucisku miernie bolesny. Żołądek mocno rozszerzony tak, że dolna jego granica sięga na 3 palce poniżéj pępka. Chora cierpi często na

zaparcie stolca; mocz prawidłowy. W obec tych objawów rozpoznano *Carcinoma pylori*.

W dniu przyjęcia jakoteż przez dwa dni następne płukano żołądek ostrożnie w celu badania gastroskopem, które też wykonałem d. 11 lutego. Chora znosi narzędzie bez morfinu bardzo dobrze. Odźwiernik przedstawia się jako szpara podłużna otoczona błoną śluzową, prawie gładką, nie przekładaną w wysokie fałdy, na odźwierniku nie widać prawie żadnych ruchów. Rezultat ten przekonał mnie o istnieniu nacieku w ścianie żołądkowéj w okolicy odźwiernika i potwierdził poprzednie rozpoznanie. Szczegóły badania gastroskopem opowiem przy innéj sposobności.

Z powodu trwającego jeszcze obrzmienia sutków przystąpiłem dopiero dnia 22 lutego b. r. do wycięcia raka odźwiernika. Na dwa dni przedtém chora otrzymywała tylko pokarmy płynne, wieczorem przed operacyją wypłukano żołądek jak najstaranniéj; kąpiel, lawatywa. Bezpośrednio przed operacyją wypłukano żołądek raz jeszcze. Pokój do operacyi ogrzany do 20°; spray parowy wieczorem dnia poprzedniego i przez 3 godziny przed operacyją w pokoju operacyjnym. Ułożenie choréj na stole z nieco zagiętemi nogami, narkoza, przygotowanie pola operacyjnego, jak do każdéj laparotomii.

Cięcie poprzeczne na 4 palce powyżéj pępka, warstwami aż do otrzewny. Dokładne zatamowanie krwotoku. Po otwarciu otrzewny ukazał się natychmiast żołądek, a w jego części odźwiernikowéj znaleziono guz wielkości jaja gęsiego z częściami sąsiedniemi wcale niezrośnięty. Wyciągnięto guz na zewnątrz, resztę rany zatkano kawałkiem gazy jodoformowéj 50%, zmoczonéj w 5% kwasie karbolowym, w celu uchronienia jamy brzusznéj od wpływów zewnętrznych. Oddzielenie guza od sieci małéj i połączeń z okrężnicą poprzeczną, przecinając i połączenia w małych wiązkach między dwiema podwiązkami, krwotoku prawie nie było. Poza żołądkiem napotkano gruczoł limfatyczny miękki, wielkości fasoli, który wyjęto. Po uwolnieniu obrzęku na całéj przestrzeni i na $1^1/_2$ cm. poza wyczuwalne granice nowotworu podsunięto duży kawał gazy jodoformowéj nadciętéj

po obu stronach, w kształcie przykładki 4 głowowéj. Końcami onéj obwinięto żołądek i dwunastnicę poza nowotworem i na gazę tę nałożono na $1\frac{1}{2}$ cm. od granic nowotworu uciskadło Wehra.

Przecięcie częściowe żołądka od krzywizny małéj w celu założenia szwu zwężającego. Nitek tych szwów (12) nie odcinano krótko, aby za nie można żołądek trzymać wygodnie. Następnie oddzielono guz do reszty od żołądka. Odcięcie guza od dwunastnicy również tylko częściowe, ale odpowiednio do krzywizny wielkiéj, tak że można było jeszcze przytrzymać dwunastnicę przy krzywiźnie małéj. Zespojenie dolnéj połowy dwunastnicy kilkoma szwami z żołądkiem i dopiero teraz oddzielono guz do reszty, poczém zespojono dwunastnicę z żołądkiem w całym obwodzie za pomocą szwu Czernego. (Zeszywano jedwabiem sposobem Czernego przygotowanym.) Teraz oddalono uciskadła i gazę jodoformową, obejrzano całą linię szwów, i dodano w miejscach podejrzanych jeszcze kilka szwów Lemberta. W ogóle użyto do zespojenia obu świateł około 50 szwów. Przekonawszy się w ten sposób o zupełnie dokładném połączeniu dwunastnicy z żołądkiem, odcięto nitki szwów krótko, przysypano lekko miejsce zespojenia proszkiem jodoformu, odprowadzono żołądek do jamy brzusznéj i zamknięto ranę w ścianach brzusznych za pomocą szwów płytkowych, kilku jedwabnych głębokich i powierzchownych. Opatrunek składa się z gazy jodoformowéj, waty Brunsa, batystu Billrotha i opaski uciskającéj.

Cała operacyja trwała $2\frac{1}{2}$ godziny. Część wycięta na 8 cm. długa, odźwiernik tak mocno zwężony, że ledwie palec można przezeń przesunąć. Po rozcięciu okazuje się w ścianach duży naciek, w jedném tylko miejscu i to powierzchownie owrzodziały. Brzegi cięcia zupełnie prawidłowe. Badanie mikroskopowe przez kol. prof. Browicza wykonane wykazało: *Carcinoma gelatinosum*. W gruczole limfatycznym, o którym wyżéj była mowa, przerzutów wykazać nie można.

Chora po operacyi nie bardzo osłabiona, nie skarży się

na żadne dolegliwości. Wieczorem ciepłota 37·4°, tętno 72 spokojne. Chora czasem dostaje tylko zimnéj wody.

23. Ciepł. 37·5°C., tętno 82 pełne; chora zupełnie spokojna pije tylko zimną wodę, wieczór 37·6°C., tętno 80. W nocy dwukrotne wymioty cieczy brudnéj wodnistéj.

24. Bez gorączki, żadnych dolegliwości. W ciągu dnia dwukrotne wymioty cieczy wodnistéj. O godz. 12téj chora wypiła kilka łyżek zimnego mleka; w godzinę potém znowu wymioty. Zmiana opatrunku. Rana zupełnie *per primam* zlepiona. Żołądek mocno rozdęty aż na 4 palce poniżéj pępka, zawiera dużo płynu. Kazano podawać tylko wodę; dla odżywiania enemy z peptonu i wina.

25. Stan ten sam, gorączki nie ma, przez dzień 4 razy wymioty, bez żadnych boleści. Napojem woda; 3 enemy. Noc spokojna.

26. Ciepł. 38·3°C., tętno 108. Żołądek znacznie mniéj rozdęty, popołudniu wymioty. Wieczorem 39·5°C., tętno 116. Późniéj tegoż wieczora stolec z masy płynnéj, czarnawéj, bardzo mocno cuchnącéj.

27. Bez gorączki (37·6°C.) zupełnie swobodna; zaprzestano enem, chora dostaje winną polewkę i jaja na miękko. Wymiotów nie ma.

28. Stan zupełnie pomyślny, żołądek mało rozdęty zawiera mało cieczy. Chora zjadła kawałek szynki i ćwierć kurczęcia w potrawce.

1 marca. Ciepł. 38·4°C. (*Periostitis* na szczęce górnéj). Zresztą stan zupełnie pomyślny. Chora zjadła rosół, pieczeń, wino na obiad, kawałek szynki na kolacyję. Stolec prawidłowy.

2. Bez gorączki. Wyjęto szwy płytkowe i głębokie jedwabne. Rana *per primam* zupełnie zagojona. Brzuch nigdzie niebolesny, żołądek miernie rozdęty.

4. Po obiedzie jednorazowe wymioty bez dalszych następstw.

7/3. Wyjęto resztę szwów. Chora odżywia się zupełnie normalnie, jak inni chorzy kliniki.

9/4. Jednokrotne wymioty. Żołądek zawsze jeszcze cokolwiek rozdęty. Innych przypadłości chorobowych nie ma.

13/3. Stan chorėj zupełnie prawidłowy. Wymioty nie powtórzyły się. Żołądek nie daje się już wymacać. Odżywienie prawidłowe.

19. Stan chorėj zupełnie zadowalający. Odżywienie lepsze niż przed operacyją, apetyt dobry. Wymiotów ani bólów w brzuchu nie ma. W tym stanie chora opuściła klinikę dnia 22 marca.

Pod względem przebiegu w powyższym przypadku na szczególną uwagę zasługują wymioty występujące w ciągu leczenia. Chora wymiotowała po raz pierwszy w nocy dnia drugiego cieczą surowiczą bez przymieszki żółci, następnie wymioty powtórzyły się kilkakrotnie w 3, 4 i 5 dniu po operacyi. Szóstego dnia wymioty ustały, w dalszym przebiegu wymiotowała chora jeszcze po razu w dniu 10 i 15. Co do przyczyny tego zboczenia nie mogła zachodzić w naszym przypadku najmniejsza wątpliwość. Zupełny brak wszelkich objawów zadrażnienia otrzewny, pomyślny zresztą przebieg gojenia się rany, stwierdzone na 3 i 5 dzień znaczne rozszerzenie żołądka, wreszcie rodzaj zwymiotowanėj cieczy, to wszystko wskazywało na istnienie czasowego zwężenia względnie zupełnego zamknięcia odźwiernika. Kol. prof. Korczyński, który był łaskaw chorą dokładnie zbadać, zgodził się zupełnie na moje zapatrywanie.

Podobnego zboczenia nie zauważano dotąd w żadnym pomyślnym przypadku wycięcia odźwiernika. Natomiast widziałem jeszcze jako asystent zupełnie podobne objawy w drugim przypadku Billrotha (Schönstein Joanna). Jak wiadomo w przypadku owym znaleziono dopiero przy oględzinach pośmiertnych przyczynę zamknięcia żołądka w miejscu przejścia w dwunastnicę, rozpoznano już przed tém przez Billrotha z wszelką pewnością. Na tėj więc podstawie byłem zupełnie zdecydowany 6 dnia ranę w ścianie brzusznėj otworzyć, wyszukać przyczynę zamknięcia odźwiernika i w danym razie ją usunąć, gdy prawie nagle stan tak się zmienił, że chora już w dniu tym była w stanie zjeść jajo na miękko

i winną polewkę a od 7 dnia spożywała pokarmy stałe bez żadnéj przeszkody.

Nie mogę sobie jeszcze wytłumaczyć przyczyny czasowego zamknięcia względnie zwężenia nowo utworzonego odźwiernika. Może przemijające za palne obrzmienie brzegu rany zamknęło światło odźwiernika, może dwunastnica była w jakiém miejscu przytwierdzona i zagięta, w każdym razie przeszkoda ta, jakakolwiek ona była, znikła potém zupełnie, gdyż od 15 dnia nie pojawiły się więcéj wymioty ani nie można było wykazać rozszerzenia żołądka, owszem chora nasza miała następnie lepszy apetyt niż sąsiadki jéj o zdrowych żołądkach.

Muszę tu jeszcze nadmienić, że rozszerzenie żołądka i osłabienie jego błony mięsnéj nie mogły być same przez się przyczyną wymiotów. Można się było łatwo przekonać, jak żołądek za lekkiém ugniataniem powłok brzusznych mocno się naprężał i starał się pokonać istniejącą przeszkodę.

Dwukrotne podniesienie się ciepłoty 5 i 8 dnia nie pozostawało z pewnością w żadnym związku z zabiegiem operacyjnym. Drugim razem dało się wykazać zapalenie okostnéj na szczęce dolnéj, jako przyczyna gorączki; pierwszym zaś razem gorączka była prawdopodobnie wywołana przez rozkład wstrzykniętego do odbytnicy peptonu, gdyż po ich wydaleniu chora czuła się znów zupełnie dobrze.

Co do techniki operacyi, to poszedłem głównie za metodą, jaką przed memi oczyma wykonywał szanowny mój nauczyciel Billroth, a którą mój przyjaciel A. Wölfler opisał w tak znakomity sposób [1]); powołując się więc na ten opis Wölflera poprzestanę tylko na kilku krótkich uwagach.

Do otwarcia jamy brzusznéj użyłem cięcia poprzecznego; zalety jego przytoczone już przez Wölflera, mianowicie łatwy dostęp do żołądka i dwunastnicy, wydają mi się bardzo ważne, a nie widziałem nigdy żadnéj szkodliwości takiego cięcia. Cięcie poprzeczne goi się tak dobrze jak i podłużne, tylko należy je dobrze zespoić i właśnie tutaj szwy płytko-

---

[1]) *Uiber die von Herrn Prof. Billroth ausgeführten Resectionen des carcinomatösen Pylorus. Wien 1881.*

we są niezbędne. Żeby skutkiem cięcia poprzecznego mogło nastąpić częściowe zapalenie otrzewny, które w przypadku Bardenheuera [1]) miało być nawet przyczyną śmiertelnego zejścia, to przy dzisiejszych zapatrywaniach na gojenie się ran rzeczywiście trudno zrozumieć. Do zamknięcia światła żołądka i dwunastnicy użyłem uciskadeł Wehra. Narzędzie to bardzo proste i poręczne składa się z pręcika żelaznego długiego na 10—15 cm. a szerokiego na $^3/_4$ cm., który posiada na obu końcach wcięcie na 1 cm. głębokie. Przed użyciem powleka się go rurką gumową o 2 cm. krótszą tak, że oba końce pozostają wolne. Druga rurka drenowa wciska się najpierw w jedno wcięcie, a po wsunięciu kiszki między pręt żelazny a rurkę drenową, naciąga się odpowiednio tę ostatnią i wciska we wcięcie na drugim końcu pręcika [2]). Uciskadła Wehra oddały mi tak w powyższym przypadku jak i przy doświadczeniach na trupie, usługi, jakich tylko od nich wymagać można, zamykały zupełnie światła żołądka i dwunastnicy, a przytém wywierały ucisk tak mierny, że obieg krwi nie został przerwany, gdyż z przeciętéj ściany żołądka tryskała krew mimo ucisku działającego tuż za liniją cięcia. Mogę więc uciskadła Wehra stanowczo polecić. Uciskadła te jednak nie wystarczają do umocowania przeciętych ścian żołądka lub jelita, już przy mierném pociągnięciu wyślizga się łatwo gładkie jelito. A zatém trzeba umocować końce przeciętego jelita w inny sposób. Najpewniéj i najwygodniéj można to osiągnąć, odcinając według metody Billrotha mającą się oddalić część żołądka nie naraz lecz w czterech odstępach czasu, gdyż tym sposobem możemy utrzymywać pozostałą część jelita czy to za nieodcięte nitki szwów lub téż za na pół tylko odcięty obrzęk. Użyłem téż tego postępowania (patrz historyję choroby). Możnaby wprawdzie użyć także narzędzia tak mocno uciskającego, żeby nie tylko zamykało światło jelita lecz także pewnie je

---

[1]) Rydygier, o wycinaniu odźwiernika, wykład kliniczny. Przegląd Lekarski 1882, Nr. 32—42.

[2]) Wehr: *Experimentelle Beiträge zur Operationstechnik bei Pylorusresektionen. Deutsche Zeitschrift f. Chir.* XVII, 93.

przytrzymywało; co do mnie nie odważyłbym się użyć podobnego narzędzia, gdyż musiałbym się ciągle obawiać, że albo narzędzie za mało ciśnie i jelito się wysunie, albo że ucisk jest za mocny i że działając często godzinę sprowadzić może zgorzel ścian jelita. Sądzę zresztą, że przez połączenie uciskadeł Webra z postępowaniem Billrotha wycinania obrzęku w czterech tempach narzędzie takie w wszystkich prawie przypadkach jest zbyteczne.

Zamknięcie żołądka i dwunastnicy uskuteczniłem za pomocą narzędzi, nie dla tego abym był przekonany, że to się w inny sposób uczynić nie da; doświadczenia Billrotha przekonały nas bowiem, że ręce asystentów, na których się spuścić można, mogą uczynić to samo przynajmniéj tak dobrze, a moim obu asystentom pp. Dr. Schrammowi i Trzebickiemu mógłbym pod tym względem zupełnie zaufać; lecz wiem z własnego doświadczenia, że obaj asystenci, którzy mają powyższe zadanie, tak są niém zajęci fizycznie i psychicznie, że na inne części postępującéj naprzód operacyi mało tylko mogę uważać. A właśnie przy zespajaniu żołądka zależy wiele na szybkiéj a dokładnéj pracy, przy tém zaś musi działać tak sam operator jak i asystenci.

Co do kierunku cięcia i sposobu zespojenia żołądka i dwunastnicy, to operowałem tak samo jak to uczynił Billroth w 3, i w następnych przypadkach i Wölfler u swojéj choréj, to jest że dwunastnicę przyszyłem do krzywizny większéj, szew zwężający zaś założyłem na krzywiźnie małéj.

Jako materyjału do szycia używałem jedynie jedwabiu gotowanego w karbolu, założyłem podwójny szew Czernego, zaniechałem zaś osobnego zespojenia błony śluzowéj, jak to poleca Rydygier. Tylne szwy okręgowe założono od wewnątrz według opisu Wölflera.

Lubo nie ma może drugiéj operacyi, któréj technika wydoskonaliła się w tak krótkim czasie, jak właśnie wycięcia odźwiernika, to przecie dotychczasowe doświadczenia nie dozwalają ostatecznego sądu co do znaczenia zabiegu operacyjnego, a zatém i co do wartości wycięcia odźwiernika

jako środka leczniczego. Tak się przecie rzecz ma we wszystkich nowych operacyjach a musi to mieć miejsce szczególnie w obec operacyi, która technicznie jest bardzo trudną, a któréj wskazania można ustalić dopiero przez doświadczenia.

W wspomnianém wyżéj zestawieniu Rydygiera (l. c.) znajdujemy 23 przypadki wycięcia odźwiernika, z tych 5 pomyślnych. Znajduję prócz tego w literaturze 6 późniejszych przypadków, a mianowicie jeden (już we wstępie wspomniany) operowany z pomyślnym skutkiem przez Th. van Kleef (*Centralblatt für Chir*. 1882, s. 756), z powodu zwężającego wrzodu żołądka, z niepomyślnym skutkiem z powodu raka przez Krönleina (tamże 1882, s. 758), Tillmannsa (*Berl. klin. Wochenschr.* 1882, Nr. 34), F. W. Köhlera (*Centralbl. für Chir.* 1882, s. 759), M. Richtera (tamże 1882, s. 756) i M. Forta (tamże 1882, s. 807). Dodając do tego mój przypadek, będziemy mieć razem 30 przypadków, z tych siedem z pomyślnym wynikiem.

Trzy razy wykonano operacyję z powodu wrzodu żołądka a z tych 2 razy z dobrym skutkiem (Rydygier i van Kleef), 27 razy operowano z powodu raka, z tych 5 razy pomyślnie (2 razy Billroth, po razu Wölfler, Czerny i Mikulicz). Między 23 przypadkami śmierci podana jest jéj przyczyna w 20 razach dosyć dokładnie, mianowicie 15 razy zapad, 1 raz wycieńczenie sił (2 przypadek Billrotha) a 4 razy zapalenie otrzewny, to ostatnie wywołane 2 razy przez przebicie w miejscu zeszycia, 1 raz (przypadek Lauensteina) przez zgorzel okrężnicy poprzecznéj.

Z liczb tych, chociaż małych, można przecie wysnuć jakieś wnioski. Przedewszystkiém przypadek wycieńczenia sił jakotéż 3 przypadki zapalenia otrzewny odnieść trzeba albo do niedostatecznéj techniki albo do stósunków, których po dotychczasowych doświadczeniach możnaby uniknąć prawie z pewnością. Pozostaje więc jeszcze 16 przypadków śmierci, a z tych 15 razy zapad był przyczyną śmierci!

Zdaje mi się, że nie ma może operacyi, nie wyjmując nawet wyłuszczenia w stawie biodrowym, któraby stósunkowo

tyle ofiar zabrała z powodu zapadu, jak właśnie wycięcie odźwiernika.

Na pytanie o przyczynę tego zjawiska znajdziemy odpowiedź w uwadze Billrotha na przeszłorocznym Zjeździe chirurgów w Berlinie podanéj, że doznał wrażenia, jakoby przy rozważeniu wskazań w przypadkach dotąd operowanych za mało uwzględniano techniczną możebność wykonania operacyi i ogólny stan chorego. Operacyja była w wielu przypadkach zabiegiem, którego ustrój chorego już *a priori* nie mógł wytrzymać. Słusznie więc żąda Billroth ostrożności śród wybierania przypadków do operacyi, aby przypadki powikłane ze zrostami i daleko posuniętém wyniszczeniem ogólném wykluczono, aby w razie pomyłki i odkrycia powikłań dopiero po otwarciu jamy brzusznéj nie wahano się operacyję przerwać i ranę natychmiasst zespoić.

Jak dotąd uważać więc należy za stósownych do operacyi chorych z dość dobrym stanem odżywienia, z ruchomym i nie zbyt dużym nowotworem.

Nie jest to zapewne winą chirurgów, że przypadki tego rodzaju tak rzadko dotąd przychodziły do operacyi, boć większa część daleko już posuniętych przypadków była w wcześniejszym okresie stósowną do operacyi. Jest więc rzeczą praktykujących kolegów, aby raki odźwiernika przysyłali jak najwcześniéj do leczenia chirurgicznego nie czekając, aż chory, już zupełnie wycieńczony i dawno już do operacyi niestósowny, zapragnie sam pomocy chirurga, chwytając się tego ostatniego ratunku jak tonący brzytwy.

Wprawdzie w wielu przypadkach można raka odźwiernika rozpoznać z pewnością dopiero wtedy, gdy jest on zarazem już nie do operowania. Przyszłość wycięcia odźwiernika zależy więc głównie od wykształcenia rozpoznawania chorób żołądka. Mam nadzieję, że wcześniéj lub późniéj przyczyni się do tego także gastroskop.

Ponieważ w ostatnich czasach badałem gastroskopem szereg przypadków pewnego raka żołądkowego (między niemi także chorą przezemnie operowaną) i przytém zauważyłem

ważny szczegół gastrokopijny w téj chorobie, wspominam więc o tém w kilku słowach.

Odźwiernik zdrowego człowieka przedstawia się gastroskopijnie jako szpara podłużna lub jako trójkątny, owalny, czasem jako kolisty otwór, który zawsze otoczony jest wieńcem grubych żywo czerwonych fałdów błony śluzowéj. Prawdopodobnie w skutek bodźca wywartego narzędziem i wdmuchiwaném powietrzem całość nie zachowuje się spokojnie, lecz zmienia często swój kształt, zwyczajnie widać dość żwawy ruch we fałdach około odźwiernika, wywołany oczywiście w skutek kurczenia się błony mięsnéj żołądka. Przeciwnie dno żołądka przedstawia więcéj obraz spokojny.

W przypadkach raka żołądka zauważyłem:

1) Że wysokich fałdów koło odźwiernika albo zupełnie brakowało tak, że brzegi jego były zupełnie gładkie albo téż znajdowały się tylko małe niskie fałdziki.

2) brakowało żwawego ruchu mięśniowego w okolicy odźwiernika.

W kilku przypadkach błona śluzowa wydawała mi się bledszą i niedokrewną, w innych przeciwnie ciemniejszą i siną. Raz widzieć można było mocno rozszerzone niebieskawo zabarwione żyły podśluzowe. Owrzodzenia rakowatéj części nie mogłem dotąd wykazać gastroskopijnie.

Sądzę, że objaśnienie powyższych objawów jest całkiem proste. Rak przerastający ściany żołądka zamienia ruchomy dawniéj i podatny narząd w stałą rurę w któréj nie może oczywiście już przyjść ani do tworzenia fałdów ani zmiany kształtu. Łatwo téż zrozumieć, że nowotwór może sprowadzić zaburzenia w krążeniu w błonie śluzowéj żołądka. — Czy objawy powyższe są stałe, przy jakich odmianach raka się zdarzają i czy można korzystać z nich, celem wczesnego rozpoznania cierpienia, o tém rozstrzygnie dopiero dłuższe doświadczenie.

W Krakowie, w marcu 1883 r.

VIII.

Trzy przypadki wycięcia macicy przez pochwę. Wyleczenie.

Napisał Dr. H. Schramm,
asystent kliniki chirurgicznéj.

W ostatnim lat dziesiątku, gdy z rozpowszechnieniem i wydoskonaleniem przeciwgnilnego ran leczenia przekonano się, że nawet bardzo znaczne rany uważane dawniéj za bezwarunkowo śmiertelne mogą się zgoić bez wywołania groźnych zaburzeń w ustroju, wprowadzono do chirurgii wiele nowych operacyj dawniéj całkiem nieznanych lub wykonywanych tylko bardzo wyjątkowo. Pewna część tych nowych operacyj, zwłaszcza operacyje w jamie brzusznéj, zyskały już sobie prawo obywatelstwa w chirurgii, inne jako nieodpowiadające swemu celowi porzucono, co do innych wreszcie zdania chirurgów jeszcze się z sobą nie zgadzają. Do téj ostatniéj kategoryi należy wycięcie rakowato zwyrodniałéj macicy. Operacyja ta jedna sobie wprawdzie coraz więcéj zwolenników, ale ostatecznie o jéj wartości rozstrzygnąć może tylko statystyka oparta na licznych i rozmaitych przypadkach, gdyż tylko na téj podstawie będzie można orzec stanowczo, czy operacyja ta w ogóle jest usprawiedliwioną i w jakich przypadkach wykonanie jéj jest wskazane.

Z tych więc powodów podaję nieco obszerniéj historyję trzech chorych, u których prof. Mikulicz wykonał wycięcie rakowatéj macicy przez pochwę.

I. Maryjanna B., lat 47 licząca, wieśniaczka, nie przebywała żadnych ważniejszych chorób; pierwsza miesiączka wystąpiła w 18 roku i odtąd bywała zawsze regularna. W 25 roku poszła za mąż i przebyła 5 prawidłowych porodów; dzieci wszystkie zdrowe. Z początkiem kwietnia r. 1882 zaczęła doznawać bólów w krzyżach, wkrótce potém pojawiły się cuchnące odchody z pochwy i dość częste krwotoki, które osłabiając chorą coraz bardziéj skłoniły ją do szukania pomocy w klinice prof. Madurowicza.

Stan jéj w dniu przyjęcia był następujący: kobieta nędznie zbudowana, odżywienie bardzo podupadłe, niedokrewność znacznego stopnia. W narządach wewnętrznych prócz rozedmy płuc miernego stopnia nie ma zmian żadnych. Badanie palcem przez pochwę wykazuje na części pochwowéj macicy owrzodzenie, które zniszczyło znaczną część warg macicy, szczególnie przedniéj, rozszerzające się ku górze po za ujście wewnętrzne. Macica niepowiększona, mało ruchoma, parametria nie zajęte żadnym naciekiem. Gruczoły limfatyczne w pachwinach niepowiększone, nie można ich też wymacać przez bardzo wiotkie powłoki brzuszne; dość częste parcie na mocz, który zresztą jest prawidłowy; stolce regularne.

Rozpoznanie brzmiało: Rak części pochwowéj. W obec znacznego rozrostu nowotworu jedynym sposobem doszczętnego usunięcia choroby było wyjęcie macicy, oczywiście przez pochwę.

W celu usunięcia cuchnącéj wydzieliny rozpadającego się nowotworu przepłukiwano pochwę 3% rozczynem kwasu karbolowego i wprowadzono do pochwy paski gazy jodoformowéj, a gdy powierzchnia nowotworu po kilku dniach takiego postępowania zupełnie się oczyściła, przystąpił prof. Mikulicz do zamierzonéj operacyi w d. 9 grudnia 1882.

Poprzedniego dnia otrzymała chora kąpiel, środek przeczyszczający i enemę, rano przed operacyją przepłukano pochwę 3% karbolem. Po uśpieniu choréj ułożono ją jak do cięcia na kamień, ogolono włosy na częściach sromnych i wymyto całą okolicę podobnie i pochwę dokładnie 5% rozczynem karbolu. Następnie rozszerzono pochwę za pomocą szerokiego wziernika rynienkowatego i haków tępych, poczém ujęto część pochwową macicy poczwórnemi haczykami ostremi i pociągano ją ostrożnie ku dołowi, o ile to było możebne w obec kruchości tkaniny, z któréj haki ciągle się wyrywały. Teraz okroił prof. Mikulicz błonę śluzową w sklepieniu pochwy cięciem kolistém, a po wyjęciu wziernika z pochwy oddzielił macicę *in situ* od otaczających tkanin, o ile się to dało zrobić palcami. Następnie wprowadzono

wziernik powtórnie, ściągnięto macicę kleszczami Museuxa ku dołowi i przystąpiono do oddzielenia więzadła szerokiego prawego, chwytając je pasmami w kleszcze Péana i przecinając ujęte pasma między dwiema podwiązkami z grubego jedwabiu. Śród zakładania ostatniéj podwiązki *en masse* spostrzeżono, że w kleszcze ujęty został także moczowód, który téż natychmiast usunięto na bok. W ten sam sposób oddzielono więzadło szerokie lewe i otwarto jamę Douglasa. Mimo ostrożnego i starannego zakładania podwiązek, (których razem było 14) krwotok był dość silny i w celu powstrzymania go zatamponowano całą ranę paskami gazy jodoformowéj. Teraz przystąpiono do oddzielenia przedniéj ściany macicy, przyczém jednak rozdarła się tylna ściana pęcherza w miejscu, gdzie naciek nowotworowy sięgał prawie aż do błony śluzowéj pęcherza. O niemiłém tém powikłaniu przekonano się za pomocą cewnika leżącego w pęcherzu. Paskiem gazy jodoformowéj zatkano tymczasowo dziurę w pęcherzu, poczém ujęto trzon macicy w kleszcze Museuxa, ściągnięto go przez jamę Douglasa ku dołowi i przecinając ostatnie jéj przyczepienia między dwiema podwiązkami oddalono całą macicę. Teraz wydobyto tymczasowe tampony z gazy jodoformowéj, otwór w pęcherzu zamknięto szwem kuśnierskim z katgutu chromowego, poczém całą pochwę wypełniono szczelnie gazą jodoformową, obok któréj nitki podwiązek wyprowadzono na zewnątrz. Przez cały ciąg operacyi, trwającéj blisko 2 godziny, skrapiano pole operacyjne prawie bez przerwy 3% rozczynem karbolu.

Chorą mocno zapadłą obłożono ciepłemi prześcieradłami i podawano jéj ciepłe wino i kawę czarną, a w celu zapobiegnięcia krwotokowi wywierano przez pół godziny mocny ucisk palcami na podbrzusze i szparę sromną, poczém założono opaskę uciskającą.

Wieczorem po operacyi stan choréj się poprawił, tętno 102, ciepłota 37. Cewnikiem Nélatona odprowadzono mocz z krwią zmięszany, zostawiono cewnik *à demeure* w celu ułatwienia zgojenia się rany w pęcherzu, do którego dla za-

pobiegnięcia rozkładaniu się moczu wprowadzono pręcik jodoformowy. 10/12 ciepłota 37·8°, tętno 104. Wymiotów nie było, mierna bolesność za uciskiem na podbrzuszu. Mocz ciemno czerwony, kwaśny, odchodzi cewnikiem, wprowadzono znowu pręcik jodoformowy do pęcherza. 14/12 stan ogólny zupełnie pomyślny. Wyjęto kawałek gazy z pochwy wcale niecuchnący. 16/12 usunięto wszystkie paski gazy jodoformowéj z pochwy, natomiast włożono dwa grube sączki, przez które przestrzykuje się pochwę 5% karbolem. Olejek rącznikowy, poczém dwa obfite stolce. 19/12 śród przestrzykiwania spostrzeżono, że mocz odchodzi przez pochwę, zatém rana w pęcherzu się rozeszła. 2?/12 stan ogólny zupełnie pomyślny. Wydzielina z pochwy mierna, cokolwiek cuchnąca, oddalono część podwiązek, polecono przestrzykiwać pochwę 3 razy dnia rozczynem octanu glinowego. 28/12 stan taki sam, jak poprzednio, wyjęto resztę podwiązek, polecono wstrzykiwanie do pochwy mięszaniny jodoformu z gliceryną 1:20. 14/1, 1883. Przy badaniu pochwy palcem i wziernikiem przekonano się, że rana po wyjęciu macicy prawie zupełnie zgojona, tylko w samym szczycie lejkowato zaciągniętego sklepienia pozostał pasek wielkości 2 centów pokryty żywemi czerwonemi brodawkami. Na $1\frac{1}{2}$cm. poniżéj znajduje się otwór prowadzący do pęcherza tak mały, że do niego można wsunąć ledwie koniec palca, brzegi tegoż otworu pokryte również ziarniną. Mimo kilkakrotnego przypiekania brodawek azotanem srebra i jodyną zabliźnienie nie nastąpiło; badanie wyskrobanych brodawek wykazało w nich czystą ziarninę bez śladu utkania rakowatego. Przetoka pęcherzowa zmniejszyła się cokolwiek, tak że operowana jest w stanie utrzymać cokolwiek moczu w pęcherzu.

W dniu 2 marca przyjęto chorą do kliniki chirurgicznéj w celu zamknięcia przetoki pęcherzo-pochwowéj. Stan jéj odżywienia obecnie znacznie lepszy niż przed operacyją. Badanie pochwy wykazuje w jéj szczycie miejsce brodawkujące wielkości centa przechodzące bezpośrednio w przetokę pęcherzową, któréj brzegi pokryte są wywiniętą i nieco obrzmiałą błoną śluzową pęcherza. W celu zmniejszenia

przetoki polecono założyć cewnik na dni kilka, nadto wstrzykujo się do pochwy mieszaninę jodoformu z gliceryną.

Badanie dnia 28 marca 1883 wykazało, że miejsce brodawkujące na szczycie pochwy zupełnie się zabliźniło; przetoka pęcherzowa wielkości soczewicy, brzegi jéj pokryte wypuklającą się błoną śluzową pęcherza. Polecono jeszcze przez dni kilka przestrzykiwać pochwę gliceryną z jodoformem, poczém zamknięcie przetoki nie będzie sprawiać znaczniejszych trudności

II. Teresa K., lat 47 licząca, ze Lwowa, pochodzi z zdrowéj rodziny; nie przebyła żadnych ważniejszych chorób, dopiero przed 3 laty zaczęły jéj dokuczać bóle w okolicy lędźwiowéj, które jednak po kilku tygodniach trwania ustąpiły bez śladu. Pierwsza regularność wystąpiła w 13 roku życia i odtąd bywała zawsze prawidłowa. W 15 roku wyszła za mąż, odbyła 9 prawidłowych porodów i połogów, ostatni raz rodziła przed 15 laty; od tego czasu cierpi na białe upławy.

Obecna choroba rozpoczęła się, o ile chora podać umie, z początkiem maja zeszłego roku od kilkakrotnych dość obfitych krwotoków, które ją tak osłabiły, że dla wzmocnienia podupadłych sił wyjechała do Krynicy. Wezwany do porady lekarskiéj kolega Dr. Mars rozpoznał jako przyczynę krwotoków raka części pochwowéj i doradził pacyjentce operacyję, któréj się téż chora poddała po powrocie do Lwowa z dniem 20 sierpnia 1882 r. Po operacyi téj trwało polepszenie tylko kilka tygodni, poczém znów wystąpiły dość silne krwotoki połączone z bólami w krzyżach, powtarzające się co 3 lub 4 tygodnie i trwające po dni kilka. Z końcem września udała się chora do Wiednia w celu odwiedzenia syna, a gdy tutaj pojawił się znów silny krwotok połączony tym razem z gorączką, zasięgnęła K. rady w klinice prof. Dittla, gdzie radzono jéj powtórną operacyję, na którą się chora bez wahania zgodziła. Operacyję tę (prawdopodobnie odpalenie części pochowéj galwanokauterem) wykonano 1 listopada 1882 r. Tym razem polepszenie trwało jeszcze krócéj niż po pierwszéj operacyi. Krwotoki i bóle po-

jawiły się już we dwa tygodnie, a chora opuściła Wiedeń, aby szukać pomocy w klinice prof. Mikulicza.

Stan chorej w dniu przyjęcia do kliniki 29 listopada 1882 był następujący: kobieta dobrze zbudowana, mocno niedokrewna. W narządzie krążenia i oddechania nie ma zmian żadnych, tętno 90—100 na m., ciepłota 37·5—38°. Brzuch miernie wzdęty, okolica lewego jajnika przy ucisku bolesna, stolec regularny, mocz prawidłowy. Badanie przez pochwę wykazuje zupełny brak części pochowéj macicy, na jéj miejscu w równéj wysokości z sklepieniem pochwy znajduje się wrzód wielkości talara o powierzchni brodawkowatéj, łatwo krwawiącéj; wrzód ten rozszerza się także na tylne sklepienie zajmując tu pasek na 1½ cm. szeroki. Macica mało ruchoma, w parametriach nie można wykazać żadnego nacieku. Podmiotowo skarży się chora na ćmienie w oczach, ból w krzyżach i odnogach, zrywania i drgawki w rękach i t. p. dolegliwości.

Postanowiono odżywiać chorą przez pewien czas jak najlepiéj w celu podniesienia ogólnego stanu, miejscowo przepłukiwać pochwę kwasem karbolowym i zakładać gazę jodoformową.

W dniu 6 grudnia powtórzono badanie wziernikiem pochwowym. Wyniki badania te same jak poprzednio, i tym razem nie można oznaczyć jak daleko sięga owrzodzenie w głąb macicy. Przy téj sposobności wyskrobano kawałek owrzodziałéj tkaniny a badanie drobnowidowe wykazało jak najwybitniejszą budowę rakową nowotworu. W obec tego postanowił prof. Mikulicz wydobyć przez pochwę całą macicę i do operacyi téj przystąpił d. 10 grudnia 1882 r.

Po uśpieniu choréj ułożono-ją jak do cięcia na kamień, ogolono włosy na częściach rodnych; obmyto je podobnie jak i całą pochwę 5% roztworem karbolu, poczém wprowadzono do pochwy szeroki wziernik rynienkowaty. Teraz ujęto macicę ostremi hakami i ściągnięto ją, o ile to było możebne, ku dołowi i poprowadzono cięcie okrążające cały wrzód na 1½ cm. od widocznych jego granic. Po przecięciu błony śluzowéj pochwy, przyczém dość znaczny krwotok zatamo-

wano przez podwiązanie kilku naczyń, oddzielił prof. Mikulicz szyję macicy od otaczających ją części miękkich, odosobnioną część macicy ujęto haczykami ostremi i ściągano ku dołowi. Gdy jednak te, podobnie jak kleszcze Museuxa, wyrywały się często z kruchéj tkaniny, wprowadził prof. Mikulicz do jamy macicy podane przez siebie kleszcze harpunowate a z ich pomocą można było trzymać macicę pewnie i wygodnie. Teraz oddzielono macicę od pęcherza o ile to było możebne palcami i narzędziami tępemi. Było to trudne i mozolne z powodu silnych zrostów wywołanych prawdopodobnie w skutek poprzednich operacyj, jednak wprowadzony do pęcherza cewnik służąc jako wskazówka uchronił od przedarcia ściany pęcherza. Następnie oddzielono tylną ścianę macicy i otworzono tu otrzewnę, któréj brzeg chwycono szwem katgutowym. Przez otwór otrzewnéj ściągnięto trzon macicy ku dołowi a następnie oddzielono prawe więzadło szerokie, podwiązując je częściami za pomocą 8 podwiązek *en masse* z grubego jedwabiu. Mimo ostrożnego zakładania podwiązek przecie krwotok był dość silny, wywołany prawdopodobnie przez przedarcie drobniejszych naczyń przy torowaniu drogi kleszczami Péana przez zbite i przez poprzednie operacyje zmienione tkanki. Krwotok zatamowano przez ucisk paskami gazy jodoformowéj. W ten sam sposób oddzielono więzadło szerokie lewe.

Przy ściąganiu uwolnionéj w ten sposób macicy pokazało się, że do szczytu jéj przyrośnięta była pętla jelit cienkich. Przyczepienie to oddzielono częścią tępo, częścią przez podwiązanie. Po oddaleniu w ten sposób macicy wprowadzono przez pochwę dwa grube sączki sięgające do jamy brzusznéj, poczém całą pochwę wypełniono szczelnie paskami gazy jodoformowéj, obok których wyprowadzono nitki podwiązek na zewnątrz. Wreszcie dla tém pewniejszego zapobiegnięcia krwotokowi założono opaskę uciskającą mocno na brzuch i części rodne zewnętrzne. Operacyja trwała blisko 1½ godziny a przez cały jéj ciąg irygowano pochwę 3% roztworem kwasu karbolowego. Wyjęta macica w całości po-

większona *(infarctus uteri)*, po rozcięciu jéj pokazało się, że nowotwór sięgał aż do połowy jamy macicznéj.

Po operacyi chorą bardzo mocno osłabioną i niedokrewną umieszczono w łóżku ogrzaném, obłożono ciepłemi kamionkami i co chwila podawano środki podniecające, jak eter, wino i kawę czarną z koniakiem. W pół godziny potém chora przyszła prawie zupełnie do siebie, tętno zaraz po operacyi ledwo macalne poprawiło się znacznie, wynosiło 130 na minutę, kilkakrotne wymioty. Wieczorem tętno 132, ciepłota 39°, wymioty prawie co godzina, znaczny niespokój, bóle w okolicy żołądka. Mocz prawidłowo zabarwiony odprowadzono cewnikiem.

11/12. Stan choréj znacznie lepszy, tętno pełniejsze 120, ciepłota 38·4°. Wymioty nie powtórzyły się, tylko od czasu do czasu odbijanie. Chora skarży się na rozdęcie brzucha i ból w dolnéj jego części zwolniono opaskę uciskową, wprowadzono rurkę odbytnicową, poczém odeszła znaczna ilość wiatrów. Jako pokarm podaje się choréj wino, mleko i winną polewkę.

15/12. Stan choréj z każdym dniem lepszy. Ciepłota waha się między 37·8 a 38·9°, tętno 100—120 na minutę. Chora skarży się na osłabienie, drgawki i zrywanie w odnogach, ćmienie w oczach itp. Przeciw tym objawom podano z dobrym skutkiem *Kali bromati* trzy gramy na dzień.

16/12. Wydobyto z pochwy dwa paski gazy jodoformowéj wcale niecuchnące. Zastósowano lejek Hegara, poczém nastąpił obfity stolec.

20/12. Chora swobodna zupełnie bez gorączki. Wydobyto resztę gazy jodoformowéj z pochwy i przestrzykano ją rozczynem octanu glinowego.

22/12. Badanie palcem przez pochwę wykazuje, że jama po wyjęciu macicy jest jeszcze dosyć znaczna. Przestrzykano ją octanem glinowym. Wyjęto 5 podwiązek *en masse*.

27/12. Odeszła reszta podwiązek; w dolnym kącie szpary sromowéj utworzył się mały wrzodzik bardzo bolesny; pokryto go gazą jodoformową, posmarowaną maścią borową.

29/12. Z pochwy dobywają się jeszcze śród przestrzy-

kiwania strzępki obumarłe dość mocno cuchnące, dlatego wstrzykuje się do pochwy mięszaninę jodoformu z gliceryną 1:20.

30/12. Ciepłota 38/4°C. Przedramie prawe obrzmiałe, mocno zaczerwienione i bolesne; okłady wysychające z octanu glinowego.

2/1 1883. Z pochwy nie ma żadnéj prawie wydzieliny, obrzmienie na przedramieniu ustąpiło zupełnie; natomiast utworzył się na wardze sromnéj lewéj ropień wielkości orzecha, który otwarto.

6/1. Ropień na wardze zgojony. Badanie palcem przez pochwę wykazuje, że jama po wycięciu macicy wypełniła się prawie zupełnie, tylko na przestrzeni 4 centów znajduje się jeszcze miejsce pokryte miękkiemi nie krwawiącemi brodawkami. Operowana wstaje z łóżka.

14/1. Stan ogólny zupełnie zadowalający. Przy badaniu pochwy wziernikiem znaleziono na samym jéj szczycie lejkowato zaciągniętym miejsce brodawkujące wielkości centa. Przypalono je lapisem.

17/1. Miejsce brodawkujące znacznie mniejsze przypalono termokauterem i w tym stanie operowana opuściła klinikę.

Według wiadomości otrzymanéj dnia 20 kwietnia rb. zatém w $4^1/_2$ miesiąca po operacyi, stan operowanéj jest zupełnie pomyślny, recydywy nie ma ani śladu.

III. Adela Z., łat 44 licząca, mężatka ze Lwowa. Ze zdrowéj pochodząca rodziny, nie przebywała żadnych ważniejszych chorób. Pierwsza regularność pojawiła się w 15 roku życia i odtąd bywała zawsze prawidłowa. Odbyła jeden prawidłowy poród, dziecko zupełnie zdrowe. W początkach grudnia r. 1882 zaczęły jéj dokuczać bóle w krzyżach i podbrzuszu, wkrótce wystąpiły białe upławy i krwotoki z pochwy, powtarzające się po kilka razy na miesiąc. Z tego powodu chora przybyła szukać pomocy w klinice prof. Mikulicza.

Stan choréj w dniu przyjęcia, tj. 17 lutego rb., był następujący: Kobieta wzrostu miernego dobrze zbudowana i dosyć dobrze odżywiona, skóra i błony śluzowe blade.

W narządach wewnętrznych nie ma zmian żadnych. Badanie pochwy wykazuje na tylnéj jéj ścianie mniéj więcéj na 6 cm. od ujścia owrzodzenie, szerzące się na całe tylne sklepienie, zajmujące wargę tylną macicy i sięgające do jéj szyi. Przednia warga zgrubiała pokryta błoną śluzową gładką, tylko nieco obrzmiałą. Powierzchnia wrzodu brodawkowata, łatwo krwawiąca, podstawa twarda, macica cokolwiek powiększona, ruchoma. Mieliśmy więc do czynienia z rakiem pochwy, który już się rozszerzył na część pochwową macicy a w obec takiego stanu rzeczy postanowił prof. Mikulicz wykonać amputacyję nadpochwową (według Schroedera), będąc jednak przygotowany na wycięcie całéj macicy, gdyby podczas operacyi pokazało się, że nowotwór sięga daléj, niż to się na pozór wydawało.

Po odpowiedniém przygotowaniu choréj, tj. po daniu jej kąpieli i środka przeczyszczającego, przystąpił prof. Mikulicz do operacyi dnia 18 lutego rb. Po uśpieniu choréj i ułożeniu jéj jak do cięcia na kamień ogolono włosy na wzgórku łonowym i wargach sromnych, obmyto całą okolicę jak najdokładniéj 5% rozczynem kwasu karbolowego; którym także wypłókano kilkakrotnie całą pochwę. Następnie założono rynienkowaty wziernik Simsa, a ułatwiwszy sobie jeszcze przystęp do pochwy przez odciągnięcie hakami tępemi jéj ścian bocznych, okroił prof. Mikulicz błonę śluzową na tylnéj ścianie pochwy na 1 cm. od granic znajdującego się tamże owrzodzenia. Kilka strzykających naczyń podwiązano zaraz katgutem i od téj chwili skrapiano pochwę bez ustanku przez cały ciąg operacyi 3% rozczynem karbolu. Następnie oddzielił prof. M. nowotwór od swéj podstawy przecinając poszczególne pasma między dwiema podwiązkami i podwiązując natychmiast każde krwawiące naczynie. Gdy nowotwór tym sposobem został oddzielony aż do szczytu tylnego sklepienia, okroił prof. M. błonę śluzową na przedniéj wardze macicy i oddzielił ją równie aż do wysokości szyi macicy. Po następném uwalnianiu tylnéj ściany macicy pokazało się, że nowotwór sięgał tak daleko, że w celu usunięcia go koniecznem było otworzenie otrzewny.

Gdy się to stało, postanowił prof. M. wyłuszczyć całą macicę, gdyż w razie pozostawienia kawałka jéj w małéj miednicy, rana byłaby więcéj powikłaną, zatém i gojenie trudniejsze niż po zupełném usunięciu macicy. Z tego więc powodu oddzielono jeszcze wyżéj przednią i boczną ścianę macicy, przecinając połączenia ich z sąsiedniemi częściami między dwiema podwiązkami *en masse*, tętnicę maciczną podwiązano nadto osobno po obu stronach. Następnie wbito haczyk ostry w tylną ścianę macicy i ściągnięto ją przez jamę Douglasa ku dołowi, przyczém napotkano na niejakie trudności z powodu umieszczonego w tylnéj ścianie macicy mięśniaka wielkości jaja kurzego. Po ściągnięciu trzonu macicy oddzielono z łatwością pozostałe jeszcze przyczepienie macicy, przecinając je również między dwiema podwiązkami z grubego jedwabiu, których razem założono 12.

Po oddaleniu macicy wprowadzono gruby sączek, sięgający aż do jamy brzusznéj; całą pochwę wypełniono szczelnie paskami gazy jodoformowéj, obok których wyprowadzono nitki podwiązek na zewnątrz. Cała operacyja trwająca $1^{3}/_{4}$ godziny odbyła się, jak to już wyżéj wspomniałem, pod ciągłą irygacyją $3^{0}/_{0}$ rozczynem kwasu karbolowego.

Chorą obłożono ciepłemi prześcieradłami odniesiono na salę i podawano jéj wino i czarną kawę.

Macica wyjęta prawidłowych rozmiarów; w tylnéj ścianie znajduje się mięśniak wielkości jaja kurzego, warga tylna zajęta wrzodem nowotworowym, który sięga prawie do ujścia wewnętrznego, ku tyłowi zaś aż do wysokości przyczepienia się otrzewny do macicy. Przebieg po operacyi w tym przypadku był rzeczywiście idealny. Z wyjątkiem dwukrotnych wymiotów w pierwszym dniu, chora nie doznawała przez cały ciąg leczenia żadnych dolegliwości. Ciepłota z wyjątkiem trzeciego dnia, w którym podniosła się do 38·3°C, była zawsze prawidłowa. Dnia 25/2 wyjęto z pochwy część gazy jodoformowéj i przestrzykano pochwę $3^{0}/_{0}$ rozczynem karbolu. Resztę gazy oddalono dnia 28 lutego, tj. w 10 dni po operacyi i zaczęto wstrzykiwać do pochwy raz na dzień mięszaninę jodoformu z gliceryną 1:20.

Dnia 6 marca odeszły dwie podwiązki, reszta trzyma się jeszcze mocno.

Badanie pochwy 13 marca wykazało, że jama po wyjęciu macicy prawie zupełnie się wypełniła. Podwiązki trzymają się jeszcze mocno. Nazajutrz, tj. w 25 dni po operacyi, chora opuściła klinikę, mając polecone oddanie się w dalszą opiekę lekarską w domu aż do odejścia ostatnich podwiązek i przedstawienie się w klinice z końcem kwietnia rb.

Statystyka wycięć macicy przez pochwę dwojaki ma cel: po pierwsze wykazać wartość tego rękoczynu jako zabiegu operacyjnego, a zatém przedstawić procent śmiertelności i główne niebezpieczeństwa operacyi; powtóre wykazać jéj wartość jako środka leczniczego, czyli przekonać nas, czy i w obu przypadkach rak macicy za pomocą tego środka zostaje wyleczony doszczętnie, a ile kobiet operowanych ulega potworowi téj morderczéj choroby. Na pierwsze pytanie wyniki dotychczasowych doświadczeń pozwalają odpowiedzieć korzystnie. Nie dawno jeszcze uważano nieco więcéj rozwinięty rak macicy za cierpienie, przeciw któremu nie ma środka, a Hegar i Kaltenbach (*Operative Gynäcologie* 1874, str. 217) wypowiedzieli przed 9 laty następujące zdanie: „racyjonalna metoda całkowitego wycięcia macicy musiałaby chronić od krwotoku i uszkodzenia obocznych narządów, umożebnić zamknięcie otrzewny i zapobiedz dostaniu się wydzieliny rannéj do jamy brzusznéj. Wymagania te napotykają przy wycięciu macicy *in situ* czy to przez jamę brzuszną, czy też to przez pochwę na nieprzebyte trudności.“ Obecnie metodę tę, o któréj marzył Kaltenbach, posiadamy, a wyniki dotychczasowe, lubo jeszcze nie czynią zadość wszystkim wymaganiom, to przecie pozwalają mieć nadzieję, że rak macicy przestanie być cierpieniem nieulecznėm.

W najnowszéj rozprawie Czernego (*Beiträge zur vaginalen Uterusexstirpation. Berlin. klin. Wochenschr.* 1882, Nr. 46) znajdujemy 81 przypadków wycięcia macicy przez pochwę, z tych 26 z zejściem śmiertelném. Jeżeli dodamy do tego 5 przypadków, o których wspomina Mikulicz (O użyciu jodoformu w leczeniu ran, Przegląd Lekarski 1881),

a z których 4 zakończyły się pomyślnie (z tych jeden operowany przez Mikulicza), 2 przypadki Sängera (*Archiv f. Gynaek.* XX, 2), 2 nowe pomyślne przypadki Veita (*Deutsche med. Wochenschr.* 1883, Nr. 1), 2 również pomyślne przypadki Kraussolda (*Centralbl. f. Chir.* 1883, s. 2), 1 przypadek Pawlika (*Wiener Klinik* 1882, XII), a wreszcie opisane wyżéj 3 przypadki prof. Mikulicza natenczas mieć będziemy 96 przypadków, z tych 69 wyleczeń, czyli że śmiertelność po téj operacyi wynosi 28·1%. A zatém według zestawienia Heidlena (l. c.) procent śmiertelności po wycięciu macicy wynosił 36%. Czerny mógł go obniżyć do 32%, według zaś powyżéj przytoczonych liczb spadł on w najnowszych czasach znowu o 4%.

Mamy jednak uzasadnioną nadzieję, że w najbliższym czasie przy coraz bardziéj udoskonalającéj się technice operacyi, a zwłaszcza przy ulepszoném leczeniu następowém, wyniki te staną się o wiele lepsze i że dojdziemy wreszcie do tego celu, że wycięcie całéj macicy nie będzie połączone z większém niebezpieczeństwem niż cięższe przypadki owaryjotomii lub wycięcia sutka.

Na dotychczasowe polepszenie wyników po operacyi wpłynęły głównie trzy czynniki, mianowicie wydoskonalenie techniki operacyjnéj, uproszczenie leczenia następowego a wreszcie ściślejsze stawiania wskazań.

Nie będę się tu długo rozwodził nad techniką operacyjną, dokładny jéj opis znajdujemy w pracy Mikulicza (*Uiber die Totalexstirpation des Uterus, Wiener med. Wochenschr.* 1881, Nr. 47 i nast.) i Czernego (l. c.); chciałbym tylko pokrótce omówić kilka szczegółów spostrzeganych w opisanych wyżéj trzech przypadkach.

Na wielką uwagę zasługuje przedewszystkiém przygotowanie do operacyi, a mianowicie jak najstaranniejsze odwonienie rozpadającego się nowotworu; gdyż gnijące części jego dostawszy się przypadkiem do saméj rany mogą bardzo łatwo wywołać ropne zapalenie tkanki łącznéj w miednicy, lub zetknąwszy się z otrzewną stać się powodem jéj ostrego zapalenia i śmiertelnego zejścia. Na szczegół ten

kładą nacisk wszyscy autorowie i podają różne środki zapobiegawcze. Prócz kilkakrotnego przestrzykania 5% rozczynem karbolu radzi Olshausen (*Uiber Totalexstirp. des Uterus nach zehn eigenen Fällen, Berl. klin. Woch.* 1881, Nr. 35) wytrzeć dobrze całą powierzchnię nowotworu wacikami zamoczonemi w 5% karbolu. W razie mocnego rozpadu nowotworu dobrze jest wyskrobać go, jeżeli siły chorej na to pozwalają. Caselli (*Raccoglitore medico* 1881, str. 290) poleca odpalić galwanokauterem część pochwową, a oddaliwszy w ten sposób najbardziéj rozpadającą się a zatém najniebezpieczniejszą część nowotworu przystąpić dopiero do wycięcia macicy. Mikulicz we wspomnianéj pracy podaje myśl, by w danym razie wykonać operacyję niejako dwuczasowo, tj. odłączyć najpierw szyję macicy i odciąć rozpadający się nowotwór, a dokonawszy tego wymyć dokładnie narzędzia i ręce 5% karbolem i dokończyć operacyi, będąc już bezpiecznym od zakażenia rany.

W naszych 3 przypadkach nie uciekaliśmy się do tych środków. Przestrzykiwanie dwa razy na dzień 5% rozczynem karbolu lub octanem glinowym i zakładanie gazy jodoformowéj do pochwy wystarczyło do dostatecznego odwonienia nowotworu.

Pozwolę sobie jednak dodać, że w czwartym przypadku znajdującym się obecnie w klinice, środki te okazały się niedostateczne. Prof. Mikulicz wyskrobał nowotwór zajmujący całą jamę macicy, którą wypełniono 50% gazą jodoformową. Mimo to cuchnienie cokolwiek się tylko zmniejszyło. W obec tego więc, że nie możemy być nigdy pewni zupełnéj dezinfekcyi raka, musimy i podczas operacyi starać się zapobiedz możliwemu zakażeniu rany, a do tego ma służyć ciągłe skrapianie pola operacyjnego 3% karbolem. W żadnym z naszych przypadków nie widzieliśmy złych skutków z tego postępowania, u żadnéj choréj nie było objawów działania karbolu na cały ustrój, nie było karbolu w moczu, a przyznać przecie trzeba, że 3% kwas karbolowy lepiéj zapobiedz może zakażeniu rany niż polecany przez Czernego 1% rozczyn tego kwasu. Z tego samego powodu używa prof. Mikulicz

do wycierania rany w téj operacyi wyłącznie wacików zmaczanych w 3% karbolu, z których każden po jednorazowém zetknięciu się z raną zaraz się odrzuca. Po rozszerzeniu pochwy przez wprowadzenie wziernika rynienkowatego i odciągnięcie ścian górnych i bocznych pochwy szpatułkami drewnianemi chwyta się macicę hakami lub kleszczami ostremi i ściąga się ją nieco ku dołowi. Przy tém napotyka się często znaczne trudności z powodu, że haki wyrywają się z kruchéj tkaniny przy najmniejszém pociągnięciu, jak to miało miejsce w naszym drugim przypadku. W celu zapobiegnięcia téj niedogodności poleca Olshausen (l. c.) używać haków nie bardzo ostrych; u naszéj chorėj bardzo dobre oddały usługi kleszcze harpunowate prof. Mikulicza. Narzędzie to ma tę wielką zaletę, że można je wygodnie wprowadzić do jamy macicy, a doszedłszy po za granice nowotworu, otwiera się narzędzie, przez co wbijają się jego końce w zdrowe ściany macicy, gdzie trzymają się znacznie lepiéj niż w kruchéj tkance nowotworowéj.

Drugiém niebezpieczeństwem śród téj operacyi jest krwotok. W celu zmniejszenia go poleca Czerny (l. c.) uciskanie aorty. W żadnym z naszych przypadków środka tego prof. Mikulicz nie stosował, nie mogę więc ocenić jego skuteczności, zdaje mi się jednak, że przez staranne zakładanie podwiązek można dokonać operacyi bez znaczniejszego krwotoku, a oszczędza się jednego asystenta i to asystenta, któremuby można powierzyć czynność tak mozolną i trudną jak uciskanie aorty, jeżeli ono ma coś pomódz, a nie być tylko środkiem iluzoryjnym lub nawet szkodliwym przez ucisk żyły główněj.

Różne podawano środki w celu jak najpewniejszego zapobiegnięcia krwotokowi. Ruggi np. radzi otworzyć jamę brzuszną (*Raccoglitore medico* 1880), założyć tędy na więzadła szerokie odpowiednie kleszcze, następnie przebić sklepienie i przez ten otwór założyć podwiązkę obejmującą na raz całe więzadło, poczém można wydobyć macicę prawie bez krwotoku. Postępowanie to, o ile mi wiadomo, nie znalazło naśladowników. Pomijając już bowiem powikłanie operacyi przez otwarcie

jamy brzusznéj, to podwiązka obejmująca tak znaczną ilość i tak niejednolitéj tkaniny, jaką jest więzadło szerokie, nie może trzymać dobrze, zesuwa się bardzo łatwo, a w takim razie mielibyśmy do czynienia z krwotokiem bardzo trudnym do zatamowania.

Najpewniejszym jeszcze środkiem uchronienia się od krwotoku pierwotnego lub następowego jest zakładanie podwiązek *en masse*, lecz obejmujących tylko małe pęczki tkaniny. W celu zapobiegnięcia zesunięciu się podwiązek poleca Olshausen zakładanie pętli drucianéj lub podwiązki elastycznéj i odcinanie ujętego pasma daleko od podwiązki, choćby nawet w samym nowotworze, gdyż i tak części jego na zewnątrz od podwiązki obumierają. Prof. Mikulicz używał w swych przypadkach również podwiązek *en masse*, zakładając je według metody używanéj przez Billrotha w ten sposób, że zamkniętemi kleszczami Péana oddzielał pasmo tkaniny, grube najwięcéj na $^1/_2$cm., które następnie uciskał mocno temi kleszczami jak najdaléj od nowotworu. Podsunąwszy następnie nitkę grubego jedwabiu pod ujęte pasmo zawięzywał je po usunięciu kleszczy tak, że nitka przypadała dokładnie w bruzdę wyciśniętą poprzednio kleszczami i przecinał związane w ten sposób pasmo przynajmniéj na $^1/_4$ do $^1/_2$cm. od nitki. Założona w ten sposób podwiązka nigdy się nie zesunęła. Mimo to krwotok, jak to wspomniałem w historyi chorób, był zwłaszcza u dwóch pierwszych chorych dość znaczny z naczyń przedartych przy oddzielaniu pojedyńczych pasm więzadła. Krwotok ten tamowano częściowo przez ujęcie naczynia i podwiązanie go osobno a jeżeli to się nie dało uczynić, oddawało bardzo dobre usługi uciśnięcie krwawiącego miejsca tamponami z gazy jodoformowéj. Oddzielenie macicy w ten sposób od otaczających tkanin uskuteczniał prof. Mikulicz o ile to było możebne *in situ*, ściągając ją tylko ku dołowi, poczém dopiero przystąpił do wywrócenia trzonu macicy przez sklepienie tylne. Ta część operacyi sprawiała już wielu operatorom znaczne trudności a w przypadku Novary (*Independente*, 1881, Nr. 7) ściągnięcie trzonu macicy było wprost niemożebne. W celu

ułatwienia sobie tego aktu używał Martin szerokiéj łyżki Simona, która wprowadzona przez otwór w jamę Douglasa miała służyć niejako za sanki, po których trzon macicy dałby się łatwo zesunąć w dół. Nadto do wywrócenia macicy używa Martin osobnego narzędzia (*Zur Technik der vaginalen Uterusexstirp. Centralblatt f. Gynäk.*, 1881, Nr. 5), które wprowadza do jamy macicy i używa go jako dźwigni do zepchnięcia trzonu macicy. Olshausen używa w tym celu nie bardzo ostrych haków, które wprowadza przez jamę Douglasa do jamy brzusznéj i wbija je w szczyt macicy. Sądziłbym jednak, że postępowanie to, nawet jeżeli haki są prawie całkiem tępe, mogłoby pociągnąć za sobą nieprzyjemne skutki. U drugiéj naszéj chorėj na przykład pętla jelit była przyrośnięta do szczytu macicy, bardzo więc łatwo możnaby ją zranić wprowadzonym hakiem.

Zresztą wyciągnięcie macicy na zewnątrz nie przedstawiało w żadnym z opisanych wyżéj trzech przypadków szczególnych trudności, jak sądzę właśnie z powodu poprzedniego prawie zupełnego oddzielenia jéj od części sąsiednich. Nawet w przypadku trzecim, w którym trzon macicy był znacznie powiększony, udało się ściągnąć go przez tylne sklepienie za pomocą dwóch haków, wbijanych naprzemian coraz to wyżéj w wysuwającą się macicę. Jedynie w przypadkach, w których macica jest mocno przytwierdzona z powodu przebytego zapalenia kołomacicznego, mogłoby ściągnięcie jéj trzonu przedstawiać bardzo znaczne trudności; w takich razach, jakotéż przy bardzo znacznem powiększeniu trzonu macicy może postępowanie Martina oddać dobre usługi, może lepsze, niż polecane przez P. Müllera (*Centralblatt für Gynäcol.* 1882, Nr. 8) rozcięcie macicy na dwie połowy. Z powikłań mogących się zdarzyć podczas operacyi na szczególną uwagę zasługują zranienia moczowodów i pęcherza. W pierwszym téż opisanym wyżéj przypadku, w którym nowotwór rozszerzył się już znacznie, i w którym z tego powodu oddzielenie macicy było bardzo trudne, ujęty został w kleszcze Péana prawy moczowód, jednak prof. Mikulicz spostrzegł to zaraz, moczowód usunięto natychmiast na bok,

a powikłanie to nie wywołało żadnych złych następstw. W tym samym przypadku zdarzyło się przedarcie pęcherza moczowego w miejscu, gdzie nowotwór zajął znaczną część jego ściany, tak że prawie tylko błona śluzowa była nietknięta. Przypadek ten jednak wykazał, jak korzystne jest wprowadzenie cewnika do pęcherza. Olshausen jest zdania, że można się obejść bez téj ostrożności, utrzymując, że cewnika leżącego w pęcherzu nie czuć palcami odddzielającemi macicę a zatém zwróconemi stroną grzbietową ku pęcherzowi. To prawda, cewnik jednak może każdéj chwili służyć do zoryjentowania się co do położenia pęcherza, a nadto chroni pewnie od przeoczenia przedziurawienia pęcherza, jeżeli się to przypadkiem zdarzyło. Otwarcie zaś pęcherza naumyślne lub przypadkowe, lecz na czas spostrzeżone, jest powikłaniem prawie całkiem niewpływającém na dalszy przebieg gojenia się. Należy tylko otwór w pęcherzu dokładnie szwem zamknąć i następnie leczyć chorą tak, jakby pęcherz nie został uszkodzony. Dowodzi tego obok kilku znanych już przypadków także pomyślny przebieg u naszéj choréj.

Wypadnięcie kiszek przez otwór pozostały po wyjęciu macicy, czegoby się *a priori* można obawiać, nie było dotąd powodem jakiegoś niebezpieczeństwa. W drugim z naszych przypadków została ściągnięta do pochwy pętla kiszek cienkich przyrośnięta do szczytu macicy, lecz po oddzieleniu tego przyczepienia kiszka prawie sama cofnęła się do jamy brzusznéj i nie okazywała żadnéj skłonności do ponownego wypadnięcia. Powodem tego jest zapewne to, że brzegi rany po wyjęciu macicy pozostałéj zamykają jamę brzuszną, jak na to zwrócił uwagę Mikulicz (l. c.) nakształt wentyla, który zamyka się tém szczelniéj, im mocniejszy jest ucisk śródbrzuszny.

Ta dążność do samodzielnego zamknięcia się jamy brzusznéj jest téż powodem, że zespojenie otworu w otrzewnie za pomocą szwów jest zbyteczne, a nawet Czerny nie radzi zespajać otworu bardzo ściśle z obawy przed zatrzymaniem się wydzieliny w jamie brzusznéj. Również nie zespajał prof. Mikulicz brzegu otrzewny z błoną śluzową po-

chwy i nie zmniejszał rany w pochwie za pomocą szwów. Zdaje mi się, że środki te przedłużają tylko operacyję a nawet mogłyby czasem wywołać nieprzyjemne następstwa, ułatwiając tworzenie się zaułków w ranie czyli tak zwanych przez Mikulicza martwych przestrzeni, w których zatrzymująca się wydzielina może się stać niebezpieczną. Prof. Mikulicz zostawił w wszystkich trzech przypadkach ranę zupełnie otwartą, czyniąc tym sposobem całą jéj powierzchnię przystępną działaniu środków przeciwgnilnych. U wszystkich trzech chorych przebieg był zupełnie pomyślny. Niektórzy autorowie np. J. Müller *(Uiber die Exstirpatio uteri vaginalis, Inaug. Diss.* Berlin 1882) radzą wydobyć także jajniki, obawiając się szkodliwego wpływu na ranę z powodu przekrwienia w czasie, gdy miałaby nadejść miesiączka. W przypadkach naszych nie uważaliśmy z tego powodu najmniejszych dolegliwości; sądziłbym więc, że wyjmowanie jajników zdrowych jest niepotrzebném wikłaniem operacyi. Byłoby ono jednak wskazane, gdyby w jajniku znaleziono jakiekolwiek zmiany chorobowe, choćby np. mały torbiel.

Stan dwóch pierwszych chorych zaraz po operacyi był dosyć zatrważający, zapad i osłabienie były znaczne. Nie może nas to jednak dziwić w obec tego, że pierwsza operowana była to osoba bardzo nędznie odżywiona i mocno niedokrewna, druga bardzo osłabiona dwiema poprzedniemi operacyjami i częstemi krwotokami. Nic zatém szczególnego, że u osób tych operacyja trwająca blisko 2 godziny, podczas któréj trzeba było utrzymywać ciągle głęboką narkozę, musiała wywołać zapad dość znaczny. Objaw ten jednak szybko ustąpił po użyciu środkow podniecających i przebieg dalszy nie zostawiał nic do życzenia.

U trzeciéj choréj, któréj stan zdrowia był pomyślniejszy, nie było znać tak znacznego wpływu operacyi. Chora ta przedstawiała rzeczywiście obraz kobiety, która co dopiero przebyła szczęśliwy poród, jak się wyraża Schröder. Bardzo znaczny postęp zrobiło w ostatnich kilkunastu miesiącach następowe leczenie po wycięciu macicy i to przyczyniło się może głównie do polepszenia wyników téj operacyi

w ostatnich czasach. Dawniéj bowiem trzeba było męczyć operowaną codzień kilkakrotném przestrzykiwaniem pochwy, a mimo to nie można było zapobiedz rozkładaniu się wydzieliny. W celu ciągłego jéj wydalania polecano ustawiczną irygacyję pochwy i podano na ten cel rozmaite przyrządy, z tych najpraktyczniejszy i najbardziéj może swemu celowi odpowiadający przyrząd Mikulicza (l. c.). Wszystkie te jednak przyrządy miały liczne niedogodności, wiele chorych nie znosiło ich przez czas dłuższy i np. u choréj Fengera (*American Journal of the Medical sciences for January* 1882) wystąpiła taka drażliwość pochwy, że przy najmniejszym ruchu doznawała chora nieznośnych bólów. Błona śluzowa pochwy obrzmiała wbijała się w otwory przyrządu. Nadto obumarłe i mocno cuchnące strzępy tkaniny zatykały światło przyrządu, który trzeba było trzy razy na dzień wyjmować i dokładnie czyścić, co oczywiście nie mogło być obojętne dla choréj, potrzebującéj jak największego spokoju po ciężkiéj operacyi.

Jakże pojedyncze, wygodne, jak bezpieczne jest nasze obecne leczenie! Po wydaleniu macicy i wypłukaniu pola operacyjnego kwasem karbolowym wypełnia się ranę i całą pochwę paskami gazy jodoformowéj i układa chorą w łóżku, w którém zostaje przez 10 do 12 dni w zupełném spokoju. Potém gazę się wyjmuje i przestrzykuje się pochwę raz lub dwa razy na dzień jakim płynem przeciwgnilnym. Ten sposób leczenia przedstawia bardzo znaczne korzyści, chora nie potrzebuje po operacyi być niepokojoną, rana goi się szybko, wydzielina bywa bardzo skąpa, i nie uważano w żadnym przypadku oddzielania się większych strzępów nekrotycznych, jak to miewało miejsce przy dawniejszym sposobie leczenia. Gaza wyjęta z pochwy na 8 lub 10 dzień po operacyi była bezwonna. Zdaje mi się téż, jakoby przy tym sposobie leczenia kwestyja sporna co do drenowania lub niedrenowania rany po wyjęciu macicy przez pochwę utraciła wiele na swéj ważności. W pierwszym opisanym wyżéj przypadku prof. Mikulicz nie wprowadził sączka do pochwy, w dwóch drugich były dreny wprowadzone, we wszystkich trzech przy-

padkach przebieg był prawie jednakowy. Sądziłbym téż, że w obec leczenia gazą jodoformową sączek traci właściwe swe znaczenie. Wiadomo bowiem z doświadczeń w innych operacyjach, że jodoform przeszkadza tworzeniu się wydzieliny, po wypełnieniu całéj rany i pochwy gazą jodoformową styka się cała powierzchnia rany z tym znakomitym środkiem przeciwgnilnym, wydzielina zatém nie może się rozkładać, a nadto sama gaza odprowadza na zewnątrz jakby dren włosowaty tę odrobinę wydzieliny, która się wytworzy. Zresztą wprowadzenie sączków w obu tych przypadkach miało na celu nie drenowanie jamy brzusznéj, gdyż, jak to udowodnił prof. Mikulicz w kilku swych pracach, jest iluzoryjne, lecz tylko drenowanie dolnego odcinka rany. Zwracamy także uwagę na to, że w tych dwóch przypadkach, w których prof. Mikulicz wprowadził obok gazy jodoformowéj do pochwy sączek, nie przestrzykiwano przezeń rany przez pierwsze 8 dni, opłukiwano go tylko cokolwiek i pokrywano zewnętrznie kawałkiem gazy jodoformowéj. Przestrzykiwanie przez dren jest zupełnie zbyteczne a nawet może być niebezpieczne z powodu dostania się płynu do jamy brzusznéj, jak o tém przekonywają przypadki Martina (Müller l. c.). Przy takiém téż postępowaniu przebieg w naszych przypadkach nie pozostawiał nic do życzenia. Tylko druga operowana gorączkowała nieco przez pierwszy tydzień. Ciepłota dochodziła wieczorami do 38·9°, podmiotowo jednak miała się chora wcale dobrze

Ze strony przewodu pokarmowego nie było z wyjątkiem wymiotów w ciągu pierwszego dnia żadnych powikłań. Chore skarżyły się trzeciego dnia po operacyi na wzdęcie brzucha, przeciw któremu stósowano z bardzo dobrym skutkiem rurkę odbytnicową. W celu sprowadzenia stolca trzeba było u dwóch pierwszych chorych stósować lejek Hegara, który wystarczył zupełnie do uregulowania czynności kiszek. Cięższych zboczeń z powodu upośledzenia ruchu robaczkowego jelit, czemu nawet J. Müller (l. c.) przypisuje niepomyślne zejście w jednym przypadku, nie zauważyliśmy wcale. Ważną rzeczą jest zachowanie odpowiedniéj dyjety po

operacyi. Chore nasze przez pierwsze trzy dni nie dostawały nic prócz wody, nieco wina i rosołu, dopiero potém podawano im potrawy pożywniejsze a lekko strawne.

Po wyjęcia gazy jodoformowéj z pochwy 8go lub 10go dnia przestrzykiwano pochwę dwa razy na dzień 3% karbolem. Leczenie to było wystarczające, tylko u drugiéj choréj zaczęły się w ciągu drugiego tygodnia wydzielać z pochwy małe strzępki obumarłéj tkaniny, nieco cuchnące i z tego powodu trzeba było przejść do środka mocniéj przeciwgnilnego, mianowicie do octanu glinowego.

U téj saméj choréj wystąpił z początkiem trzeciego tygodnia objaw dość mocno niepokojący. Mam tu na myśli nagłe obrzmienie zapalne przedramienia prawego, o którém wspomniałem w historyi téj choréj. Obrzmienie to, dla którego nie było żadnéj innéj przyczyny, trzeba było odnieść najprawdopodobniéj do sprawy zatorowéj, a objaw ten zaniepokoił nas tém bardziéj, że znane są już w literaturze przypadki, np. trzeci przypadek Martina, w których embolija stała się przyczyną nagléj śmierci. W przypadku naszym obawy te okazały się na szczęście płonnemi. Prócz obrzmienia na przedramieniu, które przy stósownem leczeniu znikło w ciągu dni kilku, nie wystąpiły nigdzie w ustroju żadne objawy zaburzenia w krążeniu, boć małe ropnie na wargach sromnych miały bez wątpienia przyczynę czysto miejscową. Jama po wycięciu macicy wypełniała się dosyć prędko a zmniejszanie się to nastąpiło szczególnie szybko po zastósowaniu wstrzykiwań mięszaniny jodoformu z gliceryną. O zaletach tego środka pozwolę sobie pomówić na innem miejscu; obecnie chciałbym tylko zwrócić uwagę na doskonałe jego działanie w przypadkach ran jamistych. Od chwili zastósowania tych wstrzykiwań jama zmniejszyła się w ciągu dni kilku prawie o połowę i wypełniła się wkrótce ziarniną zdrową i silną.

Rzeczywiście zdaje mi się, że następowe leczenie po wyjęciu macicy nie wiele już pozostawia do życzenia.

A teraz co do drugiego pytania, czy wycięcie macicy jest środkiem radykalnym w leczeniu raka? Na pytanie to

nie jesteśmy w stanie odpowiedzieć stanowczo. Musimy jednak przyznać, że i pod tym względem wyniki już teraz są znacznie więcéj zachęcające niż dawniéj.

W rozprawie swéj o wycinaniu macicy przez pochwę (l. c.) opisuje Mikulicz 7 przypadków, z których 3 zakończyły się śmiercią, u pozostałych czterech stwierdzono recydywę już w ciągu kilku tygodni po operacyi. „Gdybyśmy na podstawie tych tylko wyników mieli sądzić o wartości operacyi, musielibyśmy wraz z innymi operatorami porzucić już teraz wycięcie całéj macicy. Nim się jednak na to zdecydujemy, uważamy za obowiązek zbadać, czy i jakiemi środkami możnaby w przyszłych przypadkach osiągnąć lepsze wyniki.“ Oto słowa Mikulicza i rzeczywiście przy usilnéj pracy wielu badaczy znaleziono środki, które polepszyły znacznie procent nie tylko wyleczeń po saméj operacyi ale i wyniki co do recydywy. Już dziś znamy kilkanaście przypadków (np. Czernego, Kraussolda), w których nie było recydywy, po kilku lub kilkunastu miesiącach, a i co do opisanych wyżéj trzech przypadków prof. Mikulicza możemy się cieszyć jak dotąd pomyślnym wynikiem, u dwóch chorych minęło już blisko 5 miesięcy po operacyi, a nie ma u nich ani śladu powrotu nowotworu. Trzecia chora w 2½ miesiąca po operacyi jest także zupełnie zdrowa. Zapewne jest to jeszcze czas bardzo krótki, na ostateczne rozwiązanie tego ważnego pytania musimy czekać jeszcze lat kilka; zdaje mi się jednak, że możemy mieć nadzieję, że wycięcie macicy przez pochwę zyska sobie prawo obywatelstwa w chirurgii także jako operacyja radykalna.

A zresztą czyż mamy koniecznie stósować się do zdania Ahlfelda (*Deutsche med. Wochenschr.* 1880 Nr. 1—3) który powiada, że żaden lekarz sumienny nie może namawiać swéj choréj do tak niebezpiecznéj operacyi, jaką jest wycięcie macicy, jeżeli jéj nie może obiecać wyleczenia radykalnego? Sądziłbym, że słuszniejsze jest zdanie Schrödera (*Versamml. deutscher Naturfroscher und Aerzte in Cassel* 18 8), który kwestyję recydywy uważa za poboczną i radzi operować, choćby liczby wykazywały, że na 6 przypadków

5 razy nowotwór powraca. Wszakże statystyka wiedeńska wykazuje, że $4\frac{1}{2}\%$ kobiet zacząwszy od 25 roku życia umiera z powodu raka macicy; wszakże wycięcie macicy przez pochwę w obec udoskonalonéj techniki i leczenia następowego nie jest operacyją zbyt niebezpieczną; wszakże przez operacyję zyskuje kobieta cokolwiek nawet w razie wystąpienia recydywy, a zyskuje życie, jeżeli nowotwór zostaje radykalnie usunięty. Zdaje mi się więc, że każdy lekarz nie tylko może, lecz nawet powinien namawiać chorą do poddania się wycięciu macicy, oczywiście jeżeli przypadek jest do tego stósowny. Bo nie u każdéj choréj z rakiem macicy trzeba wycinać całą macicę, i nie u każdéj dotkniętéj tém cierpieniem można wykonać tę operacyję. Wskazania tak do téj jak do każdéj innéj operacyi winny być ściste, a w zasadzie możemy się zgodzić na zdanie Czernego, że kolpohysterotomija odpowiednia jest w obec raków szyi macicy, dopóki macica jest ruchoma, nie bardzo powiększona, przy dostatecznie obszerném wejściu do miednicy. Prawie wszyscy autorowie kładą wielki nacisk na to, aby rak był ograniczony ściśle do saméj macicy i aby z wyjątkiem może części sklepienia pochwy, żaden z otaczających narządów nie był nowotworem zajęty. W pracy Mikulicza znajdujemy słowa, zakreślające operacyi znacznie większy obszar. „Dopóki przy wycięciu macicy uważać będziemy pęcherz moczowody i odbytnicę za *noli me tangere*, i w ogóle nie odważymy się przekroczyć najbliższego otoczenia macicy, dopóty doszczętne oddalenie nowotworu będzie niepewne a zatém i cały cel operacyi zniweczony..... Dlaczegoż mamy się obawiać zranienia sąsiednich części lub nawet wycinać z nich kawałki, jeżeli to nie pociąga za sobą bezpośredniego niebezpieczeństwa życia. Prawda, że niebezpieczeństwa operacyi przez to się wzmagają, lecz z pomocą nowych środków leczniczych możemy je zmniejszyć *ad minimum*, naturalnie jeżeli narządy owe zranione zostaną nie przypadkowo, lecz podług naprzód ułożonego planu."

Najbliższa przyszłość pokaże, o ile nadzieje te się speł-

nią, dziś wiemy już z doświadczenia, że pęcherz można zranić bez znaczniejszego niebezpieczeństwa.

Jeszcze tylko słów kilka co do porównania wycięcia całkowitego macicy i leczenia raka tego narządu przez amputacyje częściowe. Pod tym względem panuje jeszcze dotychczas niezgoda między zwolennikami jednéj i drugiéj metody operacyi. Szczególnie zwolennicy częściowéj amputacyi podnoszą wyniki lepsze po téj operacyi niż po wycięciu całéj macicy. Zdaje mi się jednak, że spór ten nie ma właściwie podstawy, bo wycięcie macicy całkowite i częściowe jéj amputacyje nie są to operacyje równorzędne, nie wykluczają się one, lecz owszem uzupełniają nawzajem. Całkiem téż słusznie powiada Czerny (l. c.), że lepsze wyniki po częściowéj amputacyi nie przemawiają całkiem przeciw całkowitemu wycięciu. Dowodzą one znanego faktu, że rak da się tém pewniéj wyleczyć, w im wcześniejszym znajduje się okresie. Operacyje te nie są téż równorzędne, bo wykonywa się je zwykle w obec rozmaitych odmian nowotworu. Amputacyję wykonywa się zwykle przy rakach brodawkowych, nie mających skłonności do rozszerzenia się na sąsiednie części, a przez swój rozpad i krwotoki zmuszające chorą do szybkiego szukania pomocy lekarskiéj. Wycięcie macicy wskazane jest zwykle w rakach szyi macicy, które szerzą się szybko na około, a nie wywołując przez czas dłuższy znaczniejszych objawów miejscowych lub ogólnych nie zdradzają wczas swéj obecności.

Zapewne możemy się zgodzić na zdanie Pawlika (l. c.), że celem wycięcia całéj macicy jest osiągnąć wyleczenie tam, gdzie częściowa amputacyja nie wystarczy. Trzeba tylko rozważyć dobrze, które przypadki nadają się do częściowéj amputacyi a nie stósować jéj tam, gdzie nowotwór sięga za wysoko i nie spuszczać się np. na modyfikujące działanie gorąca na zarodki rakowe przy zastósowaniu pętli galwanokaustycznéj. W przypadkach wątpliwych można zresztą postąpić tak, jak zrobił prof. Mikulicz w 3 przypadku, tj. dopiero podczas operacyi rozstrzygnąć, jakie wybrać postępowanie, czy wykonać amputacyję nadpochwową lub wyjąć

całą macicę. Kładę tylko nacisk na to, że jeżeli w celu oddalenia całego nowotworu trzeba otworzyć otrzewnę, to według zdania prof. Mikulicza lepiéj jest oddalić całą macicę niż wikłać niepotrzebnie ranę pozostawiając część macicy w miednicy. Nadto jeżeli nam chodzi o pewność co do uchronienia się od recydywy, to przecie wyjęcie całéj macicy musi od niéj pewniéj chronić niż jakakolwiek częściowa amputacyja.

Kraków 18 kwietnia 1883.

IX.
Przypadek zeszycia nerwów w 3 miesiące po zranieniu.

Napisał Dr. H. Schramm
asystent kliniki chirurgicznéj.

W 3 numerze bieżącego rocznika Przeglądu Lek. opisałem przypadek zeszycia nerwu wykonanego przez prof. Mikulicza w 8 miesięcy po zranieniu, w którym stwierdzono po operacyi znaczne polepszenie tak co do ruchu jak i co do czucia. Inteligientny chory używa ciągle zalecanego sobie elektryzowania i mięsienia operowanéj ręki, to téż polepszenie postępuje zwolna coraz daléj. W pierwszych dniach maja, zatém prawie w 7 miesięcy po operacyi otrzymałem wiadomość, że tak stan odżywienia przedramienia jakotéż i ruchy poprawiły się bardzo znacznie. Chory jest np. w stanie utrzymać w ręce przy wyprostowaném przedramieniu ciężar 5 kilogr., może zatém wykonywać lżejsze roboty, tém bardziéj, że i zginanie palców jest obecnie znacznie dokładniejsze, niż to miało miejsce w chwili, gdy opuszczał klinikę. Najwolniéj wyrównywają się zboczenia w czuciu; ręka operowana jest zawsze chłodniejsza od zdrowéj i bardzo wrażliwa na zimno, przyczém zaraz palce sinieją i bezwładnieją. Od czasu do czasu występuje mrowienie i bóle rwiące w palcach. Możemy jednak miéć nadzieję, że w obec postępującego ciągle polepszenia i te przypady wkrótce ustąpią, że zatém powyższy przypadek zaliczyć można do zupełnie pomyślnych.

Wkrótce po opuszczeniu kliniki przez tego chorego wykonał prof. Mikulicz zeszycie nerwów w drugim przypadku, którego historyję podaję pokrótce.

Józef Brzeziński, lat 24 liczący, wyrobnik, przyjęty do kliniki dnia 25 stycznia rb., podaje, że przed 3 miesiącami skaleczył szkłem przedramie, tuż nad nadgarstkiem. Z tego powodu udał się do szpitala św. Łazarza, który opuścił po 3 tygodniach z raną zgojoną. Ponieważ jednak w zranionéj ręce postradał władzę i czucie, przeto przybył w 2gim miesiącu po opuszczeniu szpitala do kliniki, gdzie znaleziono stan następujący:

Mężczyzna dobrze zbudowany, stan odżywienia nędzny, narządy wewnętrzne zupełnie zdrowe. Na dłoniowéj stronie przedramienia prawego znajduje się blizna linearna zaczynająca się na 1½ cm. od wyrostka rylcowego kości promieniowéj, biegnąca skośnie ku górze i wewnątrz i przekraczająca linię środkową przedramienia. Blizna mocno zaciągnięta, z kością niezrośnięta. Ręka lekko ku dołowi zagięta i ku stronie łokciowéj nieco obwisła; kciuk i palec wskazujący i średni wyprostowane, dwa inne lekko zagięte. Na końcach palca 2 i 3 znajdują się owrzodzenia, które na palcu wskazującym sięgają aż do obumarłéj kości. Przy wyciąganiu téjże chory nie doznaje żadnego bólu; nie czuje téż nawet bardzo mocnego ukłucia na kciuku palcu 2 i 3, połowie zewnętrznéj dłoni i grzbietu ręki. Zakres zupełnéj utraty czucia daje się dokładnie oznaczyć liniją idącą od końca wewnętrznego blizny do połączenia między 3 a 4 palcem; na reszcie ręki czucie zupełnie prawidłowe. Palce 2 i 3 cieplejsze niż inne. Kciuk zimniejszy niż palce zdrowe, chory jednak podaje, że i d a pierwsze palce były chłodne przed utworzeniem się owrzodzeń na nich, jak w ogóle cała ręka jest ciągle bardzo wrażliwa na zimno. Ruchy w stawie nadgarstkowym prawidłowe, tylko zgięcie grzbietowe niemożebne z powodu bólu w bliźnie. Ruchy palcem 4 i 5 prawidłowe, 3 i 2 może zgiąć tylko do kąta prostego. Kciuk może posunąć nieco ku dłoni, lecz nie może zbliżyć go do palca małego *(paralysis m. opponentis)*, ruchy odwodzące możliwe, zginanie

kciuka niedokładne, zwłaszcza nie jest chory w stanie zgiąć członka drugiego tego palca. Odpowiednio temu upośledzeniu ruchów są także zanikłe mięśnie. Czucie na prąd elektryczny zupełnie zniesione w tym samym zakresie co i czucie dotyku. Mięśnie działają dość żwawo z wyjątkiem zginacza i m. przeciwstawiającego kciuka.

W obec tych objawów nie ulegało najmniejszéj wątpliwości, że nerw pośredni i radyalny uległy uszkodzeniu i że przecięte ich końce ze sobą się nie zrosły, a ponieważ znaczne upośledzenie czynności ręki, zwłaszcza prawie zupełne ubezwładnienie kciuka, było dla biednego chorego bardzo przykrém, przeto postanowił prof. Mikulicz zespoić przecięte nerwy. Gdy owrzodzenia na palcach przy stósownéni leczeniu się zgoiły, przystąpił prof. M. do zamierzonéj operacyi dnia 30 stycznia 1885 r. Po uśpieniu chorego i założeniu opaski Esmarcha wyciął prof. M. całą bliznę, poczém znaleziono łatwo oba końce przeciętych nerwów. Oba nerwy mocno zgrubiałe i bliznowato zwyrodniałe uwolniono na przestrzeni 1 cm. z bliznowatéj tkanki, poczém przystąpił prof. M. do zespojenia przeciętego ścięgna *m. abductoris pollicis.* Pozostało w ranie jeszcze jedno ścięgno należące, jak się to przy bliższém badaniu pokazało, do zginacza ręki radyalnego Mimo starannego szukania i przedłużenia cięcia ku górze nie udało się odnaleść końca górnego tego ścięgna, które zatém przyszyto wprost do brzuśca mięśnia. Teraz zespoił prof. M. nerwy zakładając po obcięciu bliznowatych ich końców na nerw pośredni jeden szew zwalniający a trzy zespajające, a na radyalny z powodu większego napięcia dwa szwy zwalniające a jeden zespajający, wszystkie z katgutu chromowego Nr. 0. Z powodu znacznego ubytku nerwy dały się zespoić tylko po zagięciu ręki do kąta prostego.

Po zdjęciu opaski elastycznéj wystąpił dość silny krwotok, którego tamowanie z powodu obawy rozdarcia zespojonych nerwów było bardzo utrudnione. Wreszcie założono 2 sączki i zespojono ranę dwoma szwami płytkowemi i 8 węzełkowemi. Rękę ułożono na szynie grzbietowéj zagiętéj pod kątem prostym i umocowano ją w tém położeniu opaską

krochmalną. Wieczorem ciepłota 37·2, tętno 84. Znaczne bóle rwiące w palcach nieco sinych, wstrzyknięcie morfinu.

31/1. Bóle w palcach utrzymują się, przy dotykaniu palca 2 i 3 chory skarży się na ból w ranie, ruchy palcami upośledzone. Ciepłota 37·2—37·6°C., tętno 80—84. Morfin.

3/2. Z powodu silnych bólów w nadgarstku zmieniono opatrunek. Rana *per primam* zlepiona, wyjęto sączki i szwy płytkowe. Badanie palców co do czucia wykazuje stosunek ten sam co i przed operacyją. Ułożono rękę na téj saméj szynie grzbietowéj.

7/2. Do dziś przebieg zupełnie pomyślny, gorączki nie ma całkiem, od czasu do czasu występują bóle w palcach i w ranie.

11/2. Zmiana opatrunku. Rana zagojona. Prof. Adamkiewicz przedsięwziął badanie operowanéj ręki, które wykazało obecność czucia w zakresie przeciętych nerwów, jednak z powodu bolesności rany przy ruchach ręką i stósowaniu prądu elektrycznego wyniki badania nie mogły być pewne.

Umocowano rękę na téj saméj szynie i chory opuścił klinikę mając się zgłosić za tydzień.

Chory jednak polecenia tego nie spełnił i przybył do kliniki dopiero 4 marca. Stan ręki, którą chory ciągle nosił na téj saméj szynie, był wówczas następujący: Rana po operacyi zupełnie zgojona. Ręka pod kątem prostym zagięta nie da się wyprowadzić z tego położenia z powodu bardzo silnych bólów w bliźnie przy usiłowaném wyprostowaniu ręki. Zabarwienie i ciepłota operowanéj odnogi prawidłowe, owrzodzeń na palcach nie ma. Czucie zachowuje się tak samo jak przed operacyją, ruchy palcami jeszcze więcéj upośledzone, prawdopodobnie w skutek zbyt długiego unieruchomienia ręki na szynie.

Rozpoczęto mięsienie i elektryzowanie, oraz dawano choremu codziennie ciepłą kąpiel na rękę. Przy postępowaniu tém stan chorego poprawił się dość szybko. Już w 3 tygodnie czuł wyraźnie prąd elektryczny w dłoni, również poprawiło się czucie w dotyku, tak że chory czuje ukłucie

szpilką na dłoni, kciuku i pierwszym członku palca wskazującego i średniego. Ruchy palcami znacznie swobodniejsze, największe trudności sprawia wyprostowanie ręki z powodu silnych bólów w bliźnie. Mimo to wykonywa chory lżejsze roboty. Dnia 27 marca upadł chory na schodach, obtarł sobie kolano prawe, a z małéj ranki rozwinęła się róża i z tego powodu przeniesiono chorego 30 marca na klinikę wewnętrzną. Na miejscu różą zajętém rozwinął się ropień, który po otwarciu zgoił się szybko a dnia 7 kwietnia powrócił chory do kliniki chirurgicznéj, gdzie znów zaczęto elektryzowanie i międsienie. Polepszenie ruchów i czucia postępowało zwolna naprzód. Chory jednak stracił cierpliwość i nie chciał zezwolić na dalsze międsienie, sprawiające mu za każdym razem dość znaczne bóle. W dniu opuszczenia kliniki dnia 24 kwietnia, zatém blisko 3 miesiące po operacyi, stan był następujący: Rękę da się wyprostować do kąta 160°, dalsze wyprostowanie możebne, lecz sprawia choremu ból w bliźnie. Ruchy kciuka, zwłaszcza zginanie i odwodzenie, lepsze niż przed operacyją, chory jednak nie jest w stanie zetknąć palca dużego z małym. Muskulatura kciuka zawsze jeszcze słabiéj rozwinięta niż na ręce lewéj. Palec 2 i 3 może zgiąć prawie zupełnie, nie jest jednak w stanie wywrzeć niemi znaczniejszego ucisku. Ukłucie szpilką czuje na caléj dłoni i palcach z wyjątkiem ostatnich członków palca 2 i 3, gdzie nawet bardzo silne ukłucie nie wywołuje bólu; podobnie zachowuje się czucie na prąd elektryczny.

Powyższy przypadek przedstawia niejakie odmiany od poprzedniego, wynikające z powodu niższego miejsca przecięcia nerwów, a zatém i mniejszego obszaru porażenia, a powtóre z powodu, że nerw łokciowy był nietknięty a zatém i ruchy ręki mniéj upośledzone niż to miało miejsce u pierwszego chorego. Natomiast w przypadku tym bardzo wybitne były zmiany czucia; nie mieliśmy najmniejszych śladów wytworzenia się zastępczego działania sąsiedniego nerwu, jakie często napotyka się po uszkodzeniu jednego z nerwów odnogi, zakres utraty czucia był ściśle ograniczony do

zakresu rozgałęzienia się nerwu pośredniego i radyalnego na ręce. Ta zupełna utrata czucia była też przyczyną wytworzenia się owrzodzeń na palcach, które z powodu zupełnéj nieczułości skóry nie mogły się chronić od szkodliwości zewnętrznych; była to ta sama sprawa, jak np. wrzody w rogówce po porażeniu nerwu trójdzielnego.

Wynik operacyi w tym przypadku nie będzie może tak pomyślny jak w poprzednim, lubo mniéj czasu upłynęło między uszkodzeniem nerwu a operacyją i lubo mniejsze gałęzie nerwu były przecięte. Główną tego przyczyną sam chory, który nie stósował się do danych sobie poleceń i nie chciał zezwolić na dłuższe leczenie. Z jegoto winy przyszło do wytworzenia się silnego skurczenia ręki, którego częściowe usunięcie kosztowało wiele czasu i trudu, a które było prawie główną dolegliwością dla chorego w chwili, gdy opuszczał klinikę. Mimo to operacyja była dla chorego korzystną, pomijając już bowiem polepszenie ruchów palcami, to poprawienie czucia na ręce jest dla niego bardzo ważném, chroni go bowiem od ponownego wytworzenia się owrzodzeń, a zatém umożebnia mu zajmowanie się codzienną pracą.

IX.

Polip nosopołykowy — wyłuszczenie przez jamę ustną.

Podał asystent **Dr. Schramm.**

W 5tym numerze bieżącego rocznika Przeglądu opisał prof. Mikulicz przypadek polipa nosopołykowego operowany metodą Gussenbauera. W przypadku owym jednak operacyja nie odbyła się typicznie głównie z powodu znacznego rozrostu nowotworu, który już wywołał zniszczenie kości podniebienia i dla tego też przebieg nie był zupełnie prawidłowy, zwłaszcza następowe zespojenie otworu w podniebieniu przedstawiało znaczne trudności. Daleko lepiéj można ocenić zalety metody Gussenbauera z drugiego przypadku, którego historyję podaję pokrótce.

Piotr Gawełek, lat 19 liczący, wieśniak z zdrowéj pochodzący rodziny, nie przebywał żadnych ważniejszych cho rób. Przed dwoma laty wystąpiły u niego częste krwotoki z nosa, wkrótce potém przyłączyło się do tego zatkanie nozdrza lewego, a lekarz proszony o poradę wydobył dwa polipy dochodzące według podania chorego wielkości małego orzecha włoskiego. Przez kilka miesięcy po tym zabiegu chory czuł się zupełnie dobrze, tylko głos nie odzyskał pierwotnéj czystości, pozostał zawsze nieco nosowym. Przed 8 miesiącami wystąpiły na nowo krwotoki z nosa, wkrótce oddechanie nosem stało się niemożebném i z tego powodu przybył G. do kliniki chirurgicznéj, gdzie znaleziono stan następujący: Mężczyzna dobrze zbudowany tylko nieco niedokrewny. Narządy wewnętrzne nie przedstawiają zmian żadnych. Głos ma dźwięk mocno nosowy, mowa nieco niewyraźna. Nozdrza oba zatkane tak, że chory oddechać może tylko ustami, zresztą oddech swobodny. Podniebienie nieco ku dołowi zepchnięte, przy badaniu palcem wyczuć można poza podniebieniem miękkiém obrzęk twardy, wypełniający prawie całkiem jamę noso-połykową, zatykający otwory nosowe tylne i sięgający ku górze aż do podstawy czaszki. Przy ostrożném nawet badaniu występuje krwotok dość silny.

Rozpoznanie nie ulegało więc najmniejszéj trudności. Mieliśmy oczywiście przed sobą tak zwany polip nosopołykowy, wychodzący z podstawy czaszki, którego oddalenie tak z powodu częstych krwotoków jak i niebezpieczeństw, jakie nowotwór musiał wywołać przy dalszym wzroście, było konieczne. Do wydobycia zatém nowotworu przystąpił prof. Mikulicz d. 15 kwietnia b. r. według metody Gussenbauera. Odważny i cierpliwy chory, któremu chodziło tylko o jak najprędsze pozbycie się nieprzyjemnego cierpienia, zgodził się na operacyję bez chloroformu. Posadzono go więc na stołku, otwarto usta wziernikiem Whiteheada i prof. M. poprowadził cięcie w linii środkowéj idące przez przednią połowę podniebienia miękkiego i przez całe podniebienie twarde i sięgające aż do kości. Po oddzieleniu części miękkich wraz z okostną za pomocą raspatoryjum wydłutował prof. M. kawałek kości podniebienia długi na 3 a sze-

roki na $1\frac{1}{2}$ cm. i tym sposobem otworzył drogę do nowotworu, który z pomocą nożyczek i raspatoryjum oddzielono jak najdokładniéj od szerokiéj podstawy. Krwotok przy téj części operacyi był bardzo znaczny, a gdy wstrzykiwanie zimnéj wody nie wystarczyło do jego zatrzymania, przypalono ranę termokauterem i wytamponowano jamę nosopołykową gazą jodoformową, którą wyprowadzono częścią przez nos a częścią przez ranę w podniebieniu. Chory zniósł operacyję bardzo mężnie, gwałtowny jednak krwotok osłabił go tak znacznie, że musiano go odnieść na salę, podać wino i leki skrzepiające. O natychmiastowém zespojeniu rany na podniebieniu nie można było myśleć już to z powodu, że chory bardzo osłabiony nie zniósłby dłuższéj operacyi, jakotéż i dla tego, że śród przypalania rany termokauterem zostały sparzone także częściowo brzegi rany w podniebieniu; a wreszcie leżące w ranie tampony, których z powodu krwotoku nie można było oddalić, nie pozwalały oczywiście na zeszycie podniebienia. Chory przyszedł prędko do sił, wieczorem ciepłota 37·3°C., tętno 110 dość pełne. Oddech swobodny. Nazajutrz rano ciepłota 37·2°C, tętno 100 dobre. Brzegi rany w podniebieniu pokryte strupem od sparzenia. Wieczorem 38·4°C., tętno 112. 17/4 Ciepłota 39°C., tętno 110, wyciągnięto tampony z gazy jodoformowéj, poczém jednak powstał znowu silny krwotok tak, że musiano całą jamę ponownie wytamponować i to głównie przez ranę w podniebieniu.

Dalszy przebieg był bardzo pomyślny. Chory nie gorączkował wcale. W 6ym dniu po operacyi wydobyto tampony z gazy a 23 kwietnia udał się chory do domu z poleceniem przybycia za trzy tygodnie w celu zamknięcia otworu w podniebieniu. Rzeczywiście przybył on do kliniki dnia 19 maja. Brzegi rany były już zupełnie zabliźnione i miękkie, tak że dnia następnego przystąpił prof. M do zespojenia podniebienia. Przedtém jednak badano palcem jamę nosopołykową i wtedy znaleziono na podstawie czaszki drobne nierówne wybujałości, łatwo krwawiące, które uważać musiano albo jako powracający nowotwór, albo raczéj jako resztki pozostawione podczas poprzedniéj operacyi. Wybujałości te przypalono jak najdokładniéj termokauterem ochro-

niwszy poprzednio brzegi otworu w podniebieniu wilgotnemi szpatułkami drewnianemi, aby je uchronić od sparzenia. Następnie odświeżył prof. M. brzegi otworu, poprowadził cięcie boczne, oddzielił utworzone tym sposobem płaty od swéj podstawy i zespoił je 8 szwami z katgutu chromowego (typowa uranoplastyka). I ten zabieg odbył się bez narkozy, chory zachowywał się tak podczas saméj operacyi, jak i w dniach następnych wzorowo, skutek operacyi był téż zupełnie pomyślny, rana zgoiła się w całości *per primam* a operowany opuścił klinikę dnia 28go maja zupełnie wyleczony. Głos pozostał nosowy przynajmniéj podczas pobytu w klinice. Spodziewać się jednak należy, że powoli wróci do prawidłowości lub przynajmniéj znacznie się poprawi.

Nie potrzebuję zastanawiać się dłużéj nad zaletami metody Gussenbauera ani podnosić jéj wyższości nad innemi sposobami operowania polipów nosopołykowych. Omówił je obszernie prof. Mikulicz w 5 numerze bieżącego rocznika Przeglądu; pozwolę sobie tylko zwrócić uwagę na kilka ważniejszych szczegółów. Przypadek powyższy był o wiele pomyślniejszy od przypadku opisanego przez prof. M., głównie z powodu mniejszego rozrostu nowotworu. W przypadku tym bowiem nie było jeszcze zniszczenia podniebienia twardego, a w celu wydobycia nowotworu nie było potrzeba rozcinać całego podniebienia. Z tego powodu następowe zespojenie utworzonego otworu dało się znacznie łatwiéj wykonać, niż to miało miejsce w przypadku pierwszym.

Przypadek ten wykazuje téż bardzo dobrze główne zalety metody Gussenbauera. Po operacyi bowiem nie pozostało żadne oszpecenie, a co najważniejsza, że przez pozostały otwór w podniebieniu można było w trzy tygodnie po operacyi rozpoznać recydywę, a względnie pozostawione resztki nowotworu i zniszczyć je doszczętnie, tak że radykalne wyleczenie chorego jest prawie pewne. Na podstawie więc tego przypadku musimy radzić, aby w każdym przypadku polipa nosopołykowego wykonywać operacyję według metody Gussenbauera, któréj wyniki będą tém lepsze, w im wcześniejszym okresie wykonamy operacyję.

X.

Dwa przypadki osteoplastycznéj resekcyi stopy według własnéj metody.

Napisał prof. Dr. J. Mikulicz.

Na 10tym Zjeździe chirurgów w Berlinie poleciłem osteoplastyczną resekcyję stopy jako metodę operacyjną, która może w pewnych przypadkach zapobiedz odjęciu podudzia, a pozostawia kikut zupełnie odpowiedni do chodzenia. Równocześnie przedstawiłem operowanego według téj metody i wyliczyłem następujące wskazania do téj operacyi: 1. Rozległe uszkodzenia pięty i jéj części przyległych. 2. Próchnienie kości piętowéj lub skokowéj z zajęciem sąsiednich stawów. 3. Rozległe owrzodzenia skóry pokrywającéj piętę. U przedstawionego chorego było właśnie ostatnie wskazanie powodem operacyi; jest ono najrzadszém z trzech wyliczonych wskazań téj metody, wymyślonéj pierwotnie dla przypadków próchnienia kości, dla tego też ten przypadek nie może rozstrzygać o użyteczności wspomnianego zabiegu operacyjnego. Z innego jeszcze względu utrudniał ten właśnie przypadek wydanie stanowczego sądu o téj operacyi, a mianowicie ponieważ rezultat ostateczny co do użyteczności odnogi operowanéj nie był u tego chorego takim, jakiego się w ogóle spodziewać należy a to z przyczyn, które nie stały wcale w związku z samym zabiegiem operacyjnym. Chory ten cierpiał na zrost kości w stawie kolanowym odnogi operowanéj, podudzie uległo dosyć znacznemu zanikowi z braku ćwiczenia, a niepojętność obok niedołęztwa umysłowego i fizycznego nie dozwoliły choremu należycie używać odnogi operowanéj. Pomimo tego wszystkiego można się było przekonać, że nawet w tym przypadku posiadała osteoplastyczna resekcyja pewne zalety przed odjęciem odnogi, chory bowiem mógł tą nogą stanąć, przy pomocy laski chodził godzinami, a bez laski był w stanie przejść kilkanaście kroków, podczas gdy po amputacyi byłby zawsze zmuszonym chodzić o szczudle lub o kuli.

Z dwóch innych przypadków operowanych z powodu próchnienia kości mogę jedynie drugi przypadek wymienić jako odpowiedni do ocenienia czynności odnogi operowanéj, gdyż w pierwszym przypadku nastała śmierć z grużlicy płuc, zanim chora mogła używać odnogi operowanéj i zupełnie wygojonéj.

I. J. Ł., lat 27 licząca, żona nauczyciela z Meidlingu koło Wiednia, spostrzegła w jesieni roku 1880 ból i obrzęk pięty. W ciągu zimy wystąpiły wszystkie objawy grużliczego zapalenia wyrostka haczykowatego kości piętowéj, a podczas wyłyżeczkowania, które wykonano na wiosnę r. 1881, oddalono odszczep kostny, po którym pozostała jamka dosyć znacznych rozmiarów o ścianach składających się z cienkich blaszek kostnych. Pomimo zastosowania opatrunku jodoformowego przeciągało się gojenie dosyć znacznie; zagojenie zupełne nie nastąpiło, a po krótkiéj przerwie zaczęła się sprawa chorobowa szerzyć na nowo, zajmując w ciągu lata kość skokową. Chora cierpiała równocześnie na nacieki grużlicze w obu szczytach płuc, dla tego téż zależało wielce na dokładném oddaleniu wszystkiego schorzałego i na zagojeniu rany przez rychłozrost. Przekonany, że w tym przypadku jest wskazaną osteoplastyczna resekcyja, a nie odjęcie nogi w wysokości kostek, przystąpiłem d. 2 października 1881 do téj operacyi i to poliklinicznie w mieszkaniu choréj. Znieczuliłem chorą mieszaniną chloroformową Billrotha, wywołałem miejscową niedokrewność, postępując według metody przeciwgnilnéj z użyciem rozczynu karbolu i jodoformu. Sam zabieg operacyjny wykonałem zupełnie tak jak go opisałem pierwotnie w archiwie Langenbecka (tom XXVI), a opis ten powtórzono już w podręcznikach Bardelebena i Huetera tak, że tutaj krótko tylko rzecz przedstawię.

Cięcia przebiegają: pierwsze, strzemienne, od wyrostka kości czółenkowéj aż do guza piątéj kości śródstopia; drugie, boczne, od końców cięcia poprzedniego aż do kostek, gdzie się je łączy trzeciém cięciem, przebiegającém z tyłu odnogi. Wszystkie cięcia przenikają aż do kości. Teraz następuje

ostrożne otwarcie stawu skokowego i wyłuszczenie kości skokowéj przez oddzielenie jéj od mostka łączącego ją od przodu, wreszcie wyjęcie kości skokowéj i piętowéj w stawie Chopparta, odpiłowanie połowy kości sześciennéj i czółenkowéj, tak samo odpiłowanie $1 \frac{1}{2}$ cm. grubego skrawka z dolnéj nasady kości goleniowéj i strzałkowéj. Wszystkie cięcia przebiegają w kościach i częściach miękkich zupełnie zdrowych. Po przystósowaniu powierzchni przepiłowanych, z jednéj strony kości goleniowéj i strzałkowéj a z drugiéj kości sześciennéj i czółenkowéj, założono 6 szwów płytkowych przenikających tylko części miękkie, aby ustalić powierzchnie przepiłowane. Noga nabrała wejrzenia podobnego do końskiéj stopy; dwa krótkie dreny wprowadzono w obydwa kąty rany i założono kilka powierzchownych szwów jedwabnych. Założywszy opatrunek jodoformowy, zgięto palce gwałtownie pod kątem prostym ku górze i ustalono za pomocą szyny tekturowéj i opasek organtynowych.

Przebieg był zupełnie prawidłowy, pierwszy opatrunek zmieniono po 10 dniach; był on suchy, nie cuchnął, oddalono dreny i kilka szwów jedwabnych, szwy płytkowe nadal pozostawiono. Po 4 tygodniach zdjęto drugi opatrunek; wszystko zostało zgojone przez rychłozrost i wszystkie szwy pousuwano, następnie zastósowano lekki przyrząd podpierający z tektury i krochmalnych opasek.

W pierwszych dniach grudnia zaczęła chora próbować chodzić. Odnoga operowana dłuższa od zdrowéj o $1 \frac{1}{2}$ do 2 cm., obuta była w trzewik z dwiema bocznemi podporami sięgającemi aż do kolana, aby młodą jeszcze bliznę kostną uchronić przed naciąganiem, równocześnie ubytek na odnodze starano się wypełnić odpowiednim podkładem. Chora chodziła na główkach kości śródstopia tak jak ten, który chce chodzić „na palcach.“ (Obacz rysunki w pracy powyżéj zacytowanéj w Archiwie Langenbecka T. XXVII). Odnoga zdrowa miała obcas o $1 \frac{1}{2}$ cm. wyższy.

Z początkiem stycznia stan zmienił się o tyle, że chora o kiju mogła przejść większą przestrzeń. Stan ogólny operowanéj polepszył się znacznie od czasu operacyi. Pomiędzy przepi-

łowanemi powierzchniami nastąpiło kostne połączenie, a blizna linijowa była zaledwie widoczną. W połowie stycznia była chora zmuszoną położyć się do łóżka z powodu zaostrzenia się sprawy w płucach i nie mogła więcéj cieszyć się skutkami operacyi, gdyż śmierć jéj nastąpiła dnia 29 lipca 1882 r. Wynik śmiertelny przyspieszyła niezawodnie ciąża operowanéj, która na 3 tygodnie przed śmiercią powiła zdrowe dziecię płci żeńskiéj. Odnoga operowana była stale zagojoną.—Pomimo starania nie mogłem z powodów rytualnych wystarać się o preparat anatomiczny z odnogi operowanéj.

II. Lachewicz Stanisław, lat 16 liczący chłopiec, z Krynicy. Pochodzi z rodziny zdrowéj. Od kilku lat cierpi na częsty kaszel, zresztą nie przebywał żadnych ważniejszych chorób. Przed rokiem nadwichnął sobie nogę prawą, która od tego czasu zawsze go nieco bolała, a przed 8 miesiącami po ponowném złém stąpnięciu opuchła bardzo znacznie. Przez miesiąc chory nie mógł całkiem chodzić. Poczém obrzmienie stopy cokolwiek się zmniejszyło lecz nie ustąpiło zupełnie. W tym stanie chory zaczął chodzić. Wkrótce jednak bóle w stopie i obrzmienie jéj się wzmogło, a przed 5 miesiącami utworzyła się pierwsza przetoka po zewnętrznéj stronie pięty.

W ciągu następnych tygodni obrzmienie się jeszcze powiększyło i otwarło się kilka nowych przetok w tylnéj części stopy. Chory nie mógł już zupełnie chodzić i z tego powodu przybył do kliniki chirurgicznéj gdzie znaleziono stan następujący: Chłopiec dość dobrze rozwinięty, błony śluzowe i skóra blada. W płucach lekki nieżyt, inne narządy zdrowe. Stopa prawa w tylnéj swéj połowie mocno obrzmiała. Poniżéj kostki zewnętrznéj znajdują się 3 otwory wydzielające rzadką ropę, przez które wprowadzony zgłębnik natrafia na kość miękką.

Na pięcie i pod kostką wewnętrzną znajdują się również 4 otwory prowadzące do kości. Staw skokowy obrzmiały, przy ruchach w nim bardzo bolesnych czuć trzeszczenie, — przednia połowa stopy zdrowa.

20 lutego wykonałem resekcyję osteoplastyczną w sposób wyżéj podany. Ponieważ powierzchnia przepiłowanych *oss. navicularis et cuboidei* nie była jeszcze zupełnie zdrowa, przeto wyskrobano chore częsci ostrą łyżeczką. Założono dwa krótkie sączki. Ranę zespojono 6 szwami płytkowemi, brzegi jéj zestósowano dokładnie szwem kuśnierskim. Opatrunek jodoformowy. Odnogę ułożono na szynie tylnéj i przymocowano ją opaską krochmalną.

Przebieg zupełnie bezgorączkowy, chory operowany nie skarży się na żadną dolegliwość. Na 8my dzień zmieniono opatrunek. Rana w całości *per primam* zlepiona, wydzieliny nie ma całkiem. Wyjęto oba sączki i odnogę ustalono jak poprzednio.

Dnia 14 marca zmieniono opatrunek powtórnie. Rana zupełnie zgojona, wyjęto szwy płytkowe, a w celu usunięcia lekkiego zboczenia stopy ku wewnątrz założono odpowiednią szynę boczną.—Dnia 30 marca stwierdzono silne zarośnięcie obu powierzchni kostnych i w dniu tym przystąpiono po uśpieniu chorego do wyprostowania palców; palce ustalono w nałamaném ich położeniu za pomocą stósownéj szyny łukowatéj.

Dnia 14 kwietnia palce utrzymują się w pożądaném położeniu, chory zaczyna chodzić o lasce z opatrunkiem ustalającym.

Dnia 15 maja powierzchnie kostne zupełnie nieruchomo ze sobą zrośnięte. Chory jest w stanie chodzić bez żadnego przyrządu, doznaje przy tém tylko lekkiego ucisku w miejscu blizny. Odnoga operowana o 1½ cm. dłuższa od zdrowéj. Założono trzewik z szynami bocznemi. W przyrządzie tym i po podwyższeniu obcasa u buta w zdrowéj nodze, chory jest w stanie chodzić bez laski, przez cały dzień nie doznając żadnych dolegliwości.

Oprócz tych dwóch przypadków operowanych wspomnę jeszcze o trzecim operowanym przez Socina w klinice bazylejskiéj i to także z powodu próchnienia kości. O ile wiem jest to pierwszy przypadek osteoplastycznéj resekcyi wykonanéj przez innego chirurga. (*Jahresbericht über die chirur-*

gische Abtheilung des Spitals zu Basel während des Jahres 1881 von A. Socin und E. Burckhardt. Basel 1882. pag. 133). Dla zupełności powtarzam historyję choroby w skróceniu.

Dziewczyna 22 lat licząca doznała zniszczenia nosa przez liszaj żrący i z tego powodu wykonano u niéj rynoplastykę. Jeszcze podczas pobytu w szpitalu rozwinęła się gruźlica kości naokoło stawu skokowego prawego, biorąc początek w kości skokowéj. Gdy wyłyżeczkowanie i wycięcie kości skokowéj było bezskuteczne, wykonano resekcyję osteoplastyczną dnia 24 września 1881 roku. Zagojenie nastąpiło przez rychłozrost „bez gorączki." Operowana wyszła 27 grudnia 1881, mogąc chodzić bez bólu przy pomocy laski; odnogę operowaną obuto w trzewik odpowiedni, a wydłużenie téj odnogi wynosiło 3½ cm., co naturalnie wyrównano za pomocą odpowiednio podwyższonéj podeszwy na odnodze zdrowéj. „Rana operacyjna na nodze mocno zgojona i nigdzie nie ma przetoki."

Trzy opisane przypadki nie są wcale dostatecznemi do stwierdzenia użyteczności resekcyi osteoplastycznéj w ogóle, a w szczególności jako zabiegu operacyjnego w próchnieniu kości, przemawiają jednak stanowczo na korzyść téj operacyi, a to z kilku względów. Zdaniem mojém należy tutaj uwzględnić trzy okoliczności, a mianowicie: 1) znaczenie tego zabiegu jako zranienia; 2) ważność jego jako środka ku wyleczeniu gruźlicy miejscowéj i 3) użyteczność odnogi operowanéj.

Zanim zastanowimy się nad ostatnią z wyliczonych, winniśmy pomówić o dwóch pierwszych okolicznościach i dowieść, że przypadki przytoczone przemawiają z tych dwóch względów stanowczo na korzyść resekcyi osteoplastycznéj. Wynik operacyi był w tych przypadkach tak co do przebiegu gojenia się rany, jak niemniéj co do wyleczenia miejscowéj gruźlicy zupełnie zadowalającym; w każdym z nich goiła się rana przez rychłozrost (w moich dwóch przypadkach pod dwoma opatrunkami); dopóki chorzy pozostawali pod obserwacyją (przez 9, 2½ i 3 miesiące), nie odnowiła się

sprawa gruźlicza w miejscu operowaném, jakkolwiek w moim pierwszym przypadku zmarła chora póżniéj z gruźlicy płuc; w przypadku drugim była sprawa chorobowa tak rozległą, że nawet powierzchnie przepiłowanéj kości sześciennéj i czółenkowatéj należało wyskrobać. Zwracam szczególną uwagę na tę okoliczność, sądzę bowiem, że jakkolwiek ten zabieg operacyjny nazwałem resekcyją, jest on jako środek do leczenia miejscowéj gruźlicy więcéj zbliżonym do amputacyi z tego mianowicie względu, że się w największéj liczbie przypadków operuje w tkankach zdrowych i otrzymuje powierzchnie rany równe, zupełnie przydatne do zagojenia się przez rychłozrost; ze względu na dostępność pola operacyjnego i możność dokładnego zbadania miejsc schorzałych przewyższa ona inne resekcyje, może przeto być wykonywaną w takich przypadkach, w których zazwyczaj bezwarunkowo amputowano (np. w przypadkach gruźlicy płuc, złego stanu odżywienia lub podeszłego wieku). Zdarzy się zapewne, że w przypadkach, w których sprawa sięga np. wysoko w kości goleniowéj, wypadnie wykonać tę operacyję chociaż już podczas saméj operacyi lub póżniéj okaże się, że zabieg ten nie osięgnął pożądanego skutku, gdyż sprawa na nowo się rozwinęła; ale tego rodzaju ujemny wynik zdarza się nam czasem po operacyi Pirogowa, którą wykonywamy w przypadkach zmian rozległych w nadziei, że przecież uda się nam ocalić choremu kikut przydatny do chodzenia. Sam byłem w tém położeniu w Czerwcu rb., że resekcyję osteoplastyczną już na ukończeniu musiałem przerwać i przystąpić do amputacyi podudzia. Operowałem właśnie kobietę w wieku podeszłym, cierpiącą na nader rozległe zniszczenie gruźlicze kości śródstopia, okolicy stawu skokowego i dolnéj części kości goleniowéj. Wypadało odjąć około 4 cm. z kości goleniowéj i strzałkowéj, granulacyje gruźlicze sięgały aż do ścięgien wyprostnych za pośrednictwem mostka łączącego, chcąc tedy usunąć wszystko aż do tkaniny zdrowéj, nie mogłem zapobiedz zranieniu tętnicy goleniowéj przodkowéj, przebiegającéj w pobliżu, gdy więc główna

tętnica, odżywiająca przodkową część stopy, została uszkodzoną, nie miał dalszy ciąg operacyi żadnego celu.

Pod względem czynności i użyteczności odnogi operowanéj nie można wcale brać miary z przypadku pierwszego tutaj ogłoszonego. Chora mogła chodzić dobrze o kiju a z dnia na dzień zyskiwała na pewności w stąpaniu, dalszy postęp został jednak przerwany nagle w skutek zaostrzenia się dawnéj sprawy gruźliczéj w płucach obok ciąży. W drugim przypadku chodził operowany po $2\frac{1}{2}$ miesiącach tak dobrze i wygodnie przy pomocy przyrządu podtrzymującego, że chód jego można było zaledwie odróżnić od chodu człowieka zdrowego. Czy mógł późniéj chodzić równie dobrze bez przyrządu, o tém dowiedzieć się niemogłem. W przypadku Socina chodziła operowana po 3 miesiącach „bez bólu przy pomocy laski.“ I w tym przypadku wartałoby się dowiedzieć o dalszym postępie zdrowia u operowanéj.

Żadną miarą nie można na podstawie tych kilku przypadków orzekać ostatecznie o stanie czynności odnogi operowanéj według téj metody; to jednak jest już pewném, według mego zdania, że kikut po osteoplastycznéj resekcyi jest użyteczniejszym aniżeli po amputacyi po nad kostkami dla tego téż muszę na razie ograniczyć wskazanie do téj operacyi, czy się ma do czynienia ze zranieniem, czy téż z gruźlicą miejscową lub inném schorzeniem, — do tych przypadków, w których dawniéj jedynie amputacyja była wskazaną. Wcale nie zamierzam spierać się o równą wartość mojéj operacyi z operacyją Pirogowa, lub typową resekcyją większych kości śródstopia. W przypadkach, w których według doświadczenia zrobionego na setkach, przynoszą te zabiegi operacyjne korzyść niedającą się zaprzeczyć, oddaję im zawsze pierwszeństwo, chociażby nawet były wyniki resekcyi osteoplastycznéj równie dobre. Od doświadczeń dalszych na większy rozmiar zależeć będzie, czy się rozszerzy zakres wskazań do téj operacyi czyli téż nie. Być bowiem może, że operowani tym sposobem zyskają z czasem na pewności w chodzeniu tak jak po operacyi Pirogowa, a możliwém jest również, że utrzymanie palców i stawów po-

między stopą a śródstopiem będzie sprzyjało powstaniu pewnéj gibkości i elastyczności w chodzeniu. W takim razie możnaby się śmiało spierać o pierwszeństwo resekcyi osteoplastycznéj przed operacyją P i r o g o w a i innemi resekcyjami stopy.

Nakoniec jeszcze kilka uwag ze względu na technikę samego zabiegu. Stanowi niewątpliwie ujemną stronę operacyi ta okoliczność, że odnoga operowana jest o 2—4cm. dłuższą od zdrowéj. Starałem się usunąć tę niedogodność odpiłowując większe kawałki z kości sześciennéj i czółenkowatéj, udawało mi się zmniejszyć to wydłużenie, usunąć go nie byłem w stanie. W przypadku ostatnim wynosiła różnica długości obu odnóg 1 ½ cm.; jest to różnica, którą można bardzo dokładnie wyrównać przez podniesienie obcasa odnogi zdrowéj, tak że to będzie zaledwie widocznem a nawet bez tego wyrównania mało wpływa to na chodzenie. Mam nadzieję, że uda się uniknąć wydłużenia odnogi. Nie używam szwów, aby spoić powierzchnie przeciętych kości. Po założeniu szwów płytkowych głębokich w sposób odpowiedni staje się szew kostny zbytecznym; dwa szwy płytkowe leżą ku tyłowi, dwa po bokach a dwa z przodu w okolicy kątów rany. Oprócz tego należy odnogę operowaną unieruchomić na szynie odpowiedniéj za pomocą opasek organtynowych; szynę należy przyłożyć do strony podeszwy, gdyż noga jest skłonną do zginania się ku podeszwie. Zmiany opatrunku unika się zazwyczaj, a po założeniu opatrunku uciskowego N e u b e r a pozostaje odnoga aż do ukończenia gojenia w zupełnym spokoju. Noga musi się zgoić w prostém przedłużeniu kości goleniowéj a jestem przekonany, że okoliczność ta stanowi o użyteczności odnogi a nawet nieznaczne zboczenie zdolne jest upośledzić ostateczny wynik. Należy tedy poprawiać w ciągu pierwszych 4 do 6 tygodni przez stosowne opasanie, gdyby się jakieś zboczenie spostrzegło. Szczególną uwagę zwrócić nadto należy na odpowiednią porę, w któréj się wygina palce ku przodowi. Przedewszystkiém należy to uskutecznić najprzód podczas saméj operacyi; przecięte bowiem ścięgna zginaczy dozwalają zupełnego wygięcia bez

wszelkiego oporu. Jeżeli jednak zgięły się palce na nowo podczas gojenia się rany, wypada w tym razie, począwszy od 4go tygodnia, zwolna codziennie palce redresować; jeżeli zaś to postępowanie jest bolesném, to wystarcza zupełnie jednorazowe wygięcie palców podczas znieczulenia chloroformem, aby je raz na zawsze utrzymać w żądaném położeniu.